Джерольд Крейсман Хэл Страус

Я НЕНАВИЖУ ТЕБЯ, ТОЛЬКО НЕ БРОСАЙ МЕНЯ

Пограничные личности и как их понять



Jerold J. Kreisman, Hal Straus

I Hate You—Don't Leave Me

UNDERSTANDING THE BORDERLINE PERSONALITY

Джерольд Крейсман, Хэл Страус

Я НЕНАВИЖУ ТЕБЯ, ТОЛЬКО НЕ БРОСАЙ МЕНЯ

Пограничные личности и как их понять



Санкт-Петербург • Москва • Екатеринбург • Воронеж
Нижний Новгород • Ростов-на-Дону
Самара • Минск
2018

ББК 88.481
УДК 616.89
К79

Крейсман Джерольд, Страус Хэл

К79 Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять. — СПб.: Питер, 2018. — 304 с.: ил. — (Серия «Сам себе психолог»).

ISBN 978-5-496-03039-7

Близкий вам человек периодически становится невыносимым? Требует от вас невозможного? Его настроение меняется на противоположное в течение пяти минут? Если вы или ваши близкие страдаете резкими перепадами настроения — от эйфории до жгучей ненависти, переживаете сильную зависимость от близких, тогда, возможно, это признаки заболевания, которое необходимо корректировать. Из этой книги вы узнаете, как помочь ему и себе сохранить отношения, как жить полной жизнью членам семьи, чей родственник страдает пограничным личностным расстройством.

На данный момент это лучшая книга о пограничных расстройствах личности. Она подскажет вам, как жить и общаться с человеком, который находится в таком состоянии.

12+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 88.481
УДК 616.89

ISBN 978-0399536212 англ.

ISBN 978-5-496-03039-7

Оглавление

По-прежнему посвящается Дуди,
как и все остальные книги

Благодарности

Работа над этим новым изданием потребовала немалой помощи и терпения. Огромную поддержку нам оказал Брюс Сеймур из Goodeye Photoshare (*goodeye-photoshare.com*), посвятивший массу времени и сил техническим деталям подготовки рукописи. Еще один наш дорогой друг, Юджин Хоровитц, расправлялся с раздражающими компьютерными неполадками. Мои секретари Дженнифер Джейкоб и Синди Фридли помогали в сборе статей и книг, включенных в эту работу. Линн Клиппель, энергичный библиотекарь в Центре здоровья ДеПола, добывала полезные ссылки.

Огромное терпение проявили мои партнеры и сотрудники Альянса поведенческих аналитиков Сент-Луиса, развязавшие мне руки для выполнения моей задачи. Моя жена Джуди, мои дети Дженни, Адам, Бретт, Алисия и малыши Оуэн и Одри, а также Пока Безымянный Персонаж отважно согласились пропустить несколько игр в мяч, пару походов в театр и массу сеансов в кино, пока я предавался исследованиям и работе в солнечные послеобеденные часы.

Мы хотели бы выразить благодарность нашему агенту Даниэль Иган-Миллер из Browe & Miller Literary Associates, а также Джону Даффу и Джанетт Шоу — нашим издателю и редактору, работающим соответственно в Perigee/Penguin. Все они сыграли большую роль в формировании материала этой книги.

Предисловие

Когда в 1989 году вышло первое издание книги «Я тебя ненавижу, только не бросай меня», широкой публике было доступно крайне мало информации о пограничном расстройстве личности (ПРЛ). Исследования причин ПРЛ и методов его лечения находились в начальной фазе своего развития. Несколько статей, появившихся в массовых журналах к тому времени, лишь туманно очерчивали суть этого расстройства, начинающего понемногу проникать в «коллективное сознание американцев». Что же касается пациентов с ПРЛ, их родных и друзей, то для них и вовсе не существовало никакой информации. Реакция на нашу книгу как в Америке, так и за рубежом, где она вышла в переводах на другие языки, была в высшей степени положительной. По-видимому, мне удалось осуществить свое намерение: издать труд, доступный широкой публике, но одновременно полезный и для профессионалов благодаря хорошему списку литературы.

Без преувеличения можно сказать, что в этой области за последние 20 лет произошли колоссальные сдвиги. С тех пор появилось еще несколько книг о ПРЛ, в том числе и наша работа «Иногда я веду себя как сумасшедший» (2004), описывающая эту болезнь с точки зрения затронутых ею людей, их близких и лечащих врачей. Наши знания расширялись в геометрической прогрессии благодаря лучшему пониманию этиологии заболевания, его биологических, генетических, психологических и социальных последствий, а также подходов к лечению. Так что главная задача, стоявшая перед нами во время подготовки второго издания книги, заключалась в том, чтобы подчеркнуть и объяснить важнейшие новшества,

предоставить полезную информацию со ссылками для профессионалов и сделать все это так, чтобы текст мог по-прежнему служить увлекательным введением в ПРЛ для обычных людей. Для достижения этого баланса некоторые главы нужно было лишь немного обновить, в то время как другие, и особенно те, что касаются возможных биологических и генетических корней синдрома, пришлось практически переписать заново, чтобы включить в них выводы новейших исследований. Кроме того, специфические психотерапевтические подходы и медикаментозные методы лечения продвинулись так далеко, что возникла необходимость включить в книгу новые главы. Это издание по-прежнему опирается на реальные примеры, чтобы дать читателю понимание того, как выглядит жизнь для человека с ПРЛ и для окружающих его людей, хотя нам и пришлось несколько подкорректировать фон этих историй, чтобы отразить изменения в американском обществе, произошедшие на рубеже веков. Пожалуй, самое заметное обновление по сравнению с первым изданием заключается в общем тоне: два десятилетия назад прогноз для пациентов по понятным причинам был скорее безрадостным, сегодня же (как нам позволяют судить многочисленные лонгитюдные исследования) он выглядит куда более позитивно.

Тем не менее, пересматривая предисловие к первому изданию, мы вынуждены не без грусти признать, что, даже несмотря на такой прогресс, непонимание и особенно стигматизация пограничных личностей все еще часто встречаются в нашей жизни. ПРЛ остается болезнью, продолжающей смущать широкую публику и пугать многих профессионалов. Совсем недавно, в 2009 году, в статье в *Time* сообщалось, что «больше всего психологи боятся пограничных расстройств» и «многие психотерапевты понятия не имеют, как [их] лечить». Как заметила Марша

Лайнен, ведущий эксперт по ПРЛ, «люди с ПРЛ в психологии — это аналог пациентов с ожогами третьей степени. Грубо говоря, у них попросту отсутствует эмоциональный кожный покров. Даже малейшее касание или движение может причинить им невообразимые страдания»[1*]. Тем не менее развитие специальных методов терапии и медикаментозного лечения этого расстройства (см. главы 8 и 9) позволило несколько облегчить тяготы болезни для пациентов, и, быть может, еще более важно то, что по сравнению с 1989 годом осведомленность публики о ПРЛ заметно выросла. Как вы увидите в разделе «Полезные ресурсы» в конце этого издания, число книг, веб-сайтов и групп поддержки значительно увеличилось. Вероятно, самое очевидное проявление общественного признания можно было наблюдать в 2008 году, когда конгресс объявил май «Месяцем осведомленности о пограничном расстройстве личности».

Однако перед нами все еще стоит целый ряд крупных проблем, особенно финансовых. Компенсации за когнитивные медицинские услуги по-прежнему неприлично и непропорционально малы. За час психотерапии большинство страховых компаний (как и федеральная программа Medicare) выплачивают менее 8% суммы, предусмотренной за мелкие оперативные вмешательства с амбулаторным наблюдением, такие как пятнадцатиминутная операция по удалению катаракты. Исследования ПРЛ также явно проводятся в недостаточном количестве. Риск заболевания в течение жизни среди населения для ПРЛ вдвое выше, чем для шизофрении и биполярного расстройства, вместе взятых, однако Национальный институт психического здоровья (NIMH) выделяет на

---

* Здесь и далее примечания к главам можно скачать по ссылке: https://goo.gl/v1jExS

исследования ПРЛ менее 2% субсидий, положенных на эти не столь распространенные заболевания[2]. Поскольку наша страна стремится контролировать расходы на здравоохранение, мы должны понимать, что инвестиции в исследования в итоге будут вкладом в улучшение здоровья нации и, таким образом, снизят затраты на здравоохранение в долгосрочной перспективе. Но для этого нужно будет пересмотреть приоритеты распределения ограниченных ресурсов и признать, что нормирование субсидий может повлиять не только на качество оказания помощи, но и на прогресс в лечении.

Среди профессионалов и других читателей многие доброжелательно отзывались об оригинальном издании как о «классике» в этой области. Два десятилетия спустя мы были только рады пересмотреть нашу работу и добавить в нее объемные сведения, накопленные за этот период. Я надеюсь, обновленный и освеженный, наш труд поможет нам сыграть хотя бы незначительную роль в устранении недопонимания и в прекращении стигматизации больных ПРЛ, а также сохранить честь повсеместно считаться первоисточниками по этой проблеме.

Доктор Джерольд Дж. Крейсман

Примечание для читателя

Большинство книг на темы, связанные со здоровьем, написаны на основе указаний по стилю (см., например, «Руководство по публикациям» Американской психологической ассоциации), разработанных, чтобы минимизировать стигматизацию той или иной болезни и сформулировать политкорректные гендерные определения. В частности, не поощряется определение индивида по его заболеванию (например, «шизофреник обычно имеет...»); речь должна идти о человеке, у которого проявляются симптомы заболевания (например, «пациент с диагнозом "шизофрения" обычно имеет...»). Также рекомендуется избегать гендерно окрашенных местоимений; вместо этого применяются безличные конструкции или сочетания «он/она, его/ее».

Хотя эти рекомендации похвальны во многих отношениях, они усложняют чтение. И хотя мы решительно не приемлем неуважение и дегуманизацию, которые могут проявляться в определении людей по их диагнозу («Глянь на того язвенника в соседней палате!»), мы все же решили для большей ясности и доступности иногда применять такие описания. Так, мы используем термин «пограничная личность» как сокращение более точного определения: «человек, проявляющий симптомы, присущие диагнозу "пограничное расстройство личности", определенному в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации, 4-е издание, пересмотренный текст (DSM-IV-TR)». По той же причине мы используем разные личные местоимения на протяжении книги, предпочитая не обременять читателя конструкциями «он/она, его/ее». Мы верим, что читатели простят нам эту вольность в обхождении с текстом ради его упрощения.

ГЛАВА 1

Мир пограничной личности

Все выглядело и звучало нереально. Ничто не было тем, чем являлось на самом деле. Вот чего я хотел — побыть наедине с собой в другом мире, где правда обманчива, а жизнь может спрятаться от себя.

Юджин О'Нил.
Долгий день уходит в ночь

Доктор Уайт думал, что все будет довольно просто. За те пять лет, что он наблюдал Дженнифер, у нее редко случались проблемы со здоровьем. Ее жалобы на желудок он поначалу считал следствием гастрита и лечил ее антацидами. Но, когда боли в животе усилились, несмотря на лечение, а обычные исследования показали, что все в норме, он направил Дженнифер в больницу.

После тщательного медицинского обследования доктор Уайт поинтересовался у Дженнифер, испытывает ли она стресс на работе и дома. Она сразу призналась, что ее работа на должности менеджера по персоналу в крупной компании довольно тяжела, но добавила, что «у многих людей нервная работа». Дженнифер также рассказала, что ее семейная жизнь в последнее время стала более напряженной: она старалась помогать мужу с его юридическими делами, ежедневно исполняя обязанности матери. Однако она сомневалась, что эти факторы могут быть как-то связаны с ее болями.

Когда доктор Уайт порекомендовал Дженнифер обратиться за психологической консультацией, она поначалу сопротивлялась. Только после того как дискомфорт перерос в острые приступы боли, она нехотя согласилась сходить к психиатру, доктору Грею.

Через несколько дней они встретились. Дженнифер была симпатичной блондинкой и выглядела моложе своих 28 лет. Она лежала в кровати в больничной палате, превратившейся из бездушного помещения в уютное гнездышко. Рядом с пациенткой на постели сидел плюшевый зверь, а еще один лежал на тумбочке неподалеку от фотографий мужа и ребенка. Открытки с пожеланиями скорейшего выздоровления были аккуратно расставлены на подоконнике в линию, обрамленную цветочными композициями.

Поначалу Дженнифер вела себя совершенно нормально, отвечая на все вопросы доктора Грея с крайней серьезностью. Потом она пошутила про то, что новая работа ее «довела до мозгоправа». И чем больше она говорила, тем печальнее становилась. Ее голос стал менее властным и приобрел детские нотки.

Она рассказала врачу, что повышение по службе предполагало новые обязанности и требования, заставляя ее чувствовать себя неуверенно. Ее пятилетний сын начал ходить в школу, и этот отрыв друг от друга давался им нелегко. Она все чаще конфликтовала с Алланом, своим мужем. Упомянула она и резкие смены настроения и проблемы со сном. У нее постепенно ухудшался аппетит, она теряла в весе. Концентрация, энергия и сексуальное влечение — все это сходило на нет.

Доктор Грей рекомендовал ей попробовать принимать антидепрессанты, которые улучшили положение с желудочными болями и, казалось, нормализовали режим

сна. Через несколько дней Дженнифер была готова к выписке и согласилась продолжить амбулаторное лечение.

На протяжении последующих недель Дженнифер все больше говорила о своем воспитании. Она была дочерью видного бизнесмена и его жены, светской львицы, и выросла в маленьком городе. Ее отец, староста при местной церкви, требовал от дочери и двух ее старших братьев совершенства во всем, постоянно напоминая детям, что община следит за их поведением. Оценки Дженнифер, ее поступки, даже ее мысли никогда не были для него достаточно хороши. Она боялась отца и все же постоянно — и безуспешно — пыталась снискать его одобрение. Ее мать оставалась пассивной и отстраненной. Родители часто оценивали ее товарищей, нередко называя их дурной компанией. В результате этого у нее было мало друзей и еще меньше романтических отношений.

Дженнифер описывала свои эмоции как скачущие, словно на американских горках, и ситуация лишь усугубилась с поступлением в колледж. Там она впервые начала пить, иногда даже чрезмерно. Совершенно внезапно она могла чувствовать себя подавленной и одинокой, а затем вдруг взлетать на седьмое небо от счастья и любви. Иногда она с яростными припадками обрушивалась на друзей — в детстве эти приступы злости ей как-то удавалось подавлять.

Примерно в то же время она начала ценить мужское внимание, которого раньше всегда избегала. И хотя ей нравилось быть желанной, она все время чувствовала, что каким-то образом «дурачила» или обманывала мужчин. Начиная встречаться с мужчиной, она зачастую саботировала отношения, затевая конфликт.

Аллана она встретила как раз тогда, когда он заканчивал свое юридическое образование. Он неустанно добивался ее

и отказывался отступать, когда она пыталась сдать назад. Ему нравилось выбирать для нее одежду и советовать, как ей ходить, как говорить и как правильно питаться. Он настоял, чтобы она присоединилась к нему и посещала спортзал, где он часто занимался.

Как объяснила сама Дженнифер, Аллан дал ей индивидуальность. Он советовал ей, как общаться с его партнерами и клиентами, говорил, когда проявить агрессию, а когда — скромность. Она сформировала в себе целую «актерскую труппу» — персонажей или исполнителей ролей, которых она могла вызвать на сцену в любой момент.

Они поженились по настоянию Аллана еще до конца ее первого курса. Она бросила обучение и начала работать секретарем, однако работодатель разглядел в ней большой ум и перевел на более ответственную должность.

Тем не менее в семье обстановка начинала накаляться. Карьера Аллана и его интерес к физическим упражнениям вынуждали его все больше времени проводить вне дома, и Дженнифер это крайне раздражало. Иногда она затевала ссоры, просто чтобы чуть дольше удержать его дома. Часто она даже провоцировала его ударить ее. После этого она предлагала ему заняться любовью.

У Дженнифер по-прежнему было мало друзей. Женщин она презирала за то, что они сплетничают и вообще скучны. Она надеялась, что рождение Скотта через два года после свадьбы подарит ей недостающий комфорт. Она думала, что ее сын всегда будет любить ее и никогда не бросит. Но ребенок требовал больших усилий, и через какое-то время Дженнифер решила вернуться к работе.

Несмотря на регулярную похвалу и успешную карьеру, Дженнифер по-прежнему чувствовала себя неуверенно, ей казалось, что она имитирует жизнь. Она вступила

в интимную связь с коллегой, который был старше ее почти на 40 лет.

«Обычно со мной все в порядке, — сказала она доктору Грею. — Но есть и другая сторона меня, которая иногда берет верх и начинает меня контролировать. Я хорошая мать. Но моя другая сторона делает меня шлюхой; она заставляет меня вести себя так, будто я сумасшедшая!»

Дженнифер продолжала насмехаться над собой, особенно когда оставалась одна; в минуты уединения она чувствовала себя покинутой, списывая это на то, что другого она недостойна. Тревога зачастую грозила полностью захватить ее, если она не находила для нее какой-то выход. Иногда она предавалась обжорству, за раз съедая целую миску теста для печенья. Она могла проводить много часов, разглядывая фотографии сына и мужа, пытаясь «оживить их в своем сознании».

Внешний вид Дженнифер во время ее психотерапевтических сеансов мог разительно отличаться. Приходя сразу после работы, она была одета в деловой костюм и прямо-таки излучала зрелость и рассудительность. Но в выходные она являлась в коротких брюках и гольфах, волосы заплетала в косички; на этих встречах она вела себя как маленькая девочка с высоким голосом и довольно ограниченным словарным запасом.

Иногда она преображалась прямо на глазах у доктора Грея. Она могла быть проницательной и умной, сотрудничать с врачом, стремясь лучше понять себя, а потом вдруг становилась ребенком, начинала кокетничать и соблазнять, объявляя себя неспособной функционировать во взрослом мире. Она могла быть очаровательной и заискивающей или же манипулирующей и враждебной. Она могла в ярости вылететь из кабинета во время одного

сеанса, поклявшись больше никогда не возвращаться, а в следующий раз сжиматься от страха, что доктор Грей откажется принимать ее снова.

Дженнифер чувствовала себя ребенком, облаченным в броню взрослого. Ее сбивало с толку уважение, с которым к ней относились другие взрослые; она ожидала, что они в любую минуту увидят, что кроется за ее маской, поставив ее в положение голой королевы. Ей нужен был кто-то, кого можно любить и кто защитил бы ее от мира. Она отчаянно желала близости, но, как только кто-то подходил слишком близко, она убегала.

Дженнифер страдает от пограничного расстройства личности (ПРЛ). И она в этом не одинока. Последние исследования позволяют сказать, что как минимум 18 миллионов американцев (почти 6% всего населения страны) проявляют первичные симптомы ПРЛ, а многие утверждают, что эта цифра значительно преуменьшена[1]. Около 10% амбулаторных и 20% стационарных пациентов психиатров имеют диагноз ПРЛ, как и 15–25% *всех* пациентов, обращающихся за психиатрической помощью. Это заболевание является одним из самых распространенных видов расстройств личности[2–4].

Тем не менее, несмотря на свою распространенность, ПРЛ остается относительно неизвестной болезнью для широкой публики. Спросите людей на улице о тревожном неврозе, депрессии или алкоголизме, и они, скорее всего, смогут в общих чертах, пусть и не совсем точно в деталях, описать эти заболевания. Спросите их про пограничное расстройство личности, и тогда, вероятно, вы получите в ответ непонимающий взгляд. Однако если вы спросите об этом расстройстве опытного врача, имеющего дело с психическим здоровьем, вы увидите совершенно иную реакцию. Он глубоко вздохнет и воскликнет, что из всех

психиатрических пациентов пограничные личности — самые трудные, их чаще всего боятся и избегают — куда чаще, чем шизофреников, алкоголиков или любых других пациентов. Больше десяти лет ПРЛ пряталось на задворках, будучи своего рода «третьим миром» во вселенной психических заболеваний — неопределенным, обширным и смутно угрожающим.

ПРЛ редко распознавали отчасти потому, что этот диагноз сравнительно нов. На протяжении многих лет термин «пограничный» использовался как общее название для категории пациентов, не подходивших под привычные диагнозы. Люди, которых описывали как «пограничных», казались более больными, чем невротики (испытывающие высокий уровень тревоги как следствие эмоционального конфликта), но менее больными, чем психотики (оторванные от реальности и потому неспособные нормально функционировать).

Это расстройство также сосуществует и граничит с другими психическими заболеваниями: депрессией, тревожным неврозом, биполярным (маниакально-депрессивным) расстройством, шизофренией, соматизированным расстройством (ипохондрия), диссоциативным расстройством идентичности (раздвоение личности), синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), алкоголизмом, наркотической зависимостью (включая никотиновую), расстройствами пищевого поведения, фобиями, обсессивно-компульсивными расстройствами, истерией, социопатией и прочими расстройствами личности.

Хотя термин «пограничная личность» впервые был введен в 1930-х годах, само расстройство не получило четкого определения вплоть до 1970-х годов. На протяжении

многих лет психиатры, казалось, не могли договориться, выделять ли этот синдром как отдельное заболевание, не говоря уже о специфических симптомах для его диагностики. Но, по мере того как все больше людей стали обращаться за помощью с определенным и специфическим набором жизненных проблем, параметры расстройства начали постепенно кристаллизоваться. В 1980 году диагноз «пограничное расстройство личности» был впервые определен в третьем издании «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации» (DSM-III), диагностической «библии» психиатров. С тех пор руководство несколько раз пересматривалось, и последним изданием на момент написания книги является DSM-IV-TR, опубликованное в 2000 году*. Несмотря на то что разные школы психиатрии все еще спорят по поводу точной природы, причин и лечения ПРЛ, расстройство официально признано крупной проблемой психического здоровья современной Америки. И действительно, пациенты с ПРЛ потребляют гораздо бо́льшую процентную долю психиатрических услуг, чем пациенты с любыми другими диагнозами[5, 6]. Кроме того, исследования подтверждают, что около 90% пациентов с диагнозом ПРЛ также параллельно имеют еще как минимум один психиатрический диагноз[7, 8].

Во многих смыслах пограничный синдром для психиатрии был тем, чем для обычной медицины в свое время стал вирус: неточным определением для туманной, но пагубной болезни, которую сложно лечить, трудно обнаружить и невозможно адекватно объяснить пациенту.

---

* На данный момент действует DSM-V, введено в 2013 году, заменив собой предыдущее руководство. — *Примеч. пер.*

Демографические границы

Кто же те самые пограничные личности, которых можно встретить в повседневной жизни?

Вот Кэрол, ваша подруга со старшей школы. Из-за какой-то мелочи она обвиняет вас в том, что вы нанесли ей удар в спину, и говорит, что на самом деле вы никогда не были ей другом. Спустя несколько недель или месяцев Кэрол звонит вам, приятная и уставшая от жизни, как будто между вами ничего не произошло.

Вот Боб, босс в вашем офисе. Однажды Боб бурно восхищается вашими достижениями по вполне обычному делу; на другой день он разносит вас в пух и прах за незначительную оплошность. Временами он сдержан и отстранен, а иногда внезапно и шумно превращается в «своего парня».

Вот Арлин, девушка вашего сына. Неделю она являет собой образец умницы и паиньки, а на следующей — типичного панка. Она за один вечер решает бросить вашего сына, только чтобы вернуться через пару часов с клятвами в бесконечной преданности и верности.

Вот Бретт, сосед напротив. Не в силах справиться с рушащимся браком, он как заведенный отрицает очевидную неверность жены, а через минуту уже винит в этом себя. Он отчаянно цепляется за свою семью, перескакивая с чувства вины и презрения к себе на яростные нападки в адрес жены и детей, так «несправедливо» сваливших все на него.

Если люди в приведенных выше описаниях кажутся непоследовательными, это не должно вас удивлять — непоследовательность является характерным признаком ПРЛ. Не способные выносить парадоксы, пограничные

личности сами представляют собой ходячий парадокс — своего рода порочный круг. Их непоследовательность — главная причина того, что профессиональная психиатрия с таким трудом определила единообразный набор критериев для постановки диагноза.

Если эти люди кажутся вам слишком знакомыми, тут тоже нет ничего удивительного. Велики шансы, что у вас есть супруг, родственник, близкий друг или сотрудник с пограничным синдромом. Возможно, вы что-то знаете о ПРЛ или узнаете его характерные черты в себе.

Несмотря на то что точные числовые данные получить трудно, психиатры в общем соглашаются, что доля пограничных личностей среди населения растет, причем быстрыми темпами, хотя некоторые наблюдатели утверждают, что увеличивается скорее информированность психотерапевтов о расстройстве, а не число страдающих им людей.

Стало ли на самом деле пограничное расстройство «чумой» нашего времени или же это просто сам «ярлык» диагноза — «пограничный» — еще достаточно нов для нас? В любом случае это расстройство позволило более полно понять психологическую структуру нескольких связанных с ним заболеваний. Многочисленные исследования связывали ПРЛ с анорексией, булимией, СДВГ, наркотической зависимостью и подростковыми суицидами; причем число всех этих отклонений за последнее десятилетие тревожно увеличивалось. Некоторые исследования позволили выяснить, что ПРЛ провоцировало расстройства пищевого поведения почти у 50% пациентов[9]. Результаты других работ показывают, что более 50% злоупотребляющих алкоголем и наркоманов также удовлетворяют критериям ПРЛ.

Саморазрушительные наклонности и суицидальное поведение встречаются у пограничных личностей очень часто — по сути, они являются одним из определяющих критериев синдрома. Не менее 70% пациентов с ПРЛ совершают хотя бы одну попытку суицида. Доля зарегистрированных случаев смерти от суицида среди подростков с ПРЛ составляет 8–10% и даже выше. Эта вероятность растет на фоне наличия предыдущих суицидальных попыток, хаоса в семейной жизни и нехватки системной поддержки. Еще выше риски для пациентов, страдающих помимо этого маниакально-депрессивными (биполярными) расстройствами, алкоголизмом и наркоманией[10, 11].

Как врач диагностирует психическое заболевание

До 1980 года два имевшихся ранее издания «Диагностического и статистического руководства» содержали описательные определения психиатрических заболеваний. Что же касается DSM-III, оно определяло психические расстройства с учетом структурированных, *категорических* парадигм; это значит, что для каждого диагноза предлагалось несколько симптомов и при совпадении того или иного числа критериев индивид считался отвечающим принципиальным требованиям диагноза. Любопытно, что в четырех редакциях «Руководства», выпущенных с 1980 года, определяющие критерии ПРЛ практически не изменялись. Как мы вскоре убедимся, с этим расстройством ассоциируется девять критериев, и диагноз может быть поставлен, если присутствуют не менее пяти из них.

Категорическая парадигма породила дискуссию среди психиатров, особенно в части, касающейся диагностики расстройств личности. В отличие от большинства других психиатрических заболеваний, расстройства личности, как принято считать, развиваются в ранней фазе взрослой жизни и сохраняются надолго. Эти черты характера обычно довольно устойчивы и меняются только постепенно и со временем. Однако же категорическая система определений может привести к нереалистично резкой перемене в диагностике. В отношении ПРЛ это значит, что пограничная личность, имеющая пять симптомов ПРЛ, в теории перестает считаться таковой, если один из симптомов меняется. Такое резкое «исцеление» кажется непоследовательным с точки зрения концепции личности.

Некоторые исследователи предлагали приспособить «Руководство» к *многомерному* подходу в диагностике. Такая модель предполагает определение так называемых «степеней пограничности», поскольку очевидно, что некоторые пограничные личности функционируют лучше других. Придерживающиеся этого мнения авторы предлагают вместо заключения о том, что индивид является или не является пограничной личностью, определять расстройство относительно некоего спектра. Такой подход подразумевает, что отдельные критерии будут иметь различный вес в зависимости от того, какие симптомы окажутся превалирующими и наиболее устойчивыми. Такой метод мог бы выявить репрезентативный, «чистый» пограничный тип личности, что позволило бы стандартизировать измерения на основе того, насколько пациент «подходит» под описание. Многомерный подход также можно было бы использовать для измерения функционального ухудшения, которое определялось бы способностью пациента справляться с повседневными

делами. Еще одна методология предлагает измерять особые черты, такие как импульсивность, стремление к новизне, зависимость от поощрения, избегание ущерба, нервозность (включающая такие характеристики, как уязвимость перед стрессом, плохой контроль импульсов, тревожность, лабильность настроения и т. д.) — то, что обычно ассоциируют с ПРЛ[12–14]. Такая адаптация поможет более точно измерять изменения и степени улучшения, а не просто определять наличие или отсутствие расстройства.

Чтобы понять разницу между двумя этими подходами, подумайте о том, как мы воспринимаем «гендер». Разделение на мужской и женский пол — *категоричное* определение, основанное на объективных генетических и гормональных факторах. Однако определения маскулинности и фемининности являются *многомерными* понятиями, на которые оказывают влияние личные, культурные и прочие менее объективные критерии. Вероятнее всего, следующие версии «Руководства» будут включать многомерные критерии диагностики.

Диагноз ПРЛ

В последней версии DSM-IV-TR перечисляется девять категорических критериев ПРЛ, пять из которых должны присутствовать для постановки диагноза[15]. На первый взгляд может показаться, что эти критерии не соотносятся друг с другом или связаны только косвенно. Однако при более глубоком анализе все девять симптомов оказываются замысловато переплетены, так что один симптом вызывает проявление другого.

Эти девять критериев можно обобщить следующим образом (каждый из них подробно описывается в главе 2):

1. Настойчивые попытки избежать реального или воображаемого одиночества.
2. Нестабильные и напряженные межличностные отношения.
3. Недостаточное или отсутствующее осознание собственной идентичности.
4. Импульсивность в проявлениях потенциально саморазрушительного поведения, такого как злоупотребление алкоголем и наркотиками, кражи в магазинах, неосторожное вождение, переедание.
5. Повторяющиеся угрозы суицида или суицидальные жесты, намеренное нанесение себе телесных повреждений.
6. Резкие смены настроения и чрезмерная реакция на ситуационные стрессы.
7. Хроническое ощущение опустошенности.
8. Частые и неуместные проявления злости.
9. Проходящее, связанное со стрессами ощущение нереальности или паранойя.

Этот набор из девяти симптомов можно сгруппировать в четыре сферы, на которые зачастую направлено лечение.

1. Нестабильность настроения (критерии 1, 6–8).
2. Импульсивность и опасное неконтролируемое поведение (критерии 4 и 5).
3. Межличностные психопатологии (критерии 2 и 3).
4. Искажения мышления и восприятия (критерий 9).

Эмоциональная гемофилия

За клинической номенклатурой на деле скрываются настоящие мучения, испытываемые пограничными личностями, их семьями и друзьями. Для людей с ПРЛ бóльшая часть жизни — это непрекращающаяся поездка по эмоциональным американским горкам без какого-либо конечного пункта. Тем, кто живет вместе с пограничными личностями, любит их, заботится о них, эта поездка может казаться такой же дикой, безнадежной и утомительной.

Дженнифер и миллионы других пациентов с ПРЛ легко довести до состояния неконтролируемой ярости, направленной на самых любимых людей. Они чувствуют себя беспомощными и опустошенными, им кажется, что их личность расколота непримиримыми эмоциональными противоречиями.

Перемены настроения происходят резко, взрывным образом, низвергая пограничную личность с высот радости в пучину депрессии. Бурливший от злости час назад и уже спокойный сейчас, человек зачастую понятия не имеет, почему он так разгневался. Неспособность понять происхождение таких эпизодов провоцирует еще большее презрение к себе и депрессию.

Пограничные личности страдают от своего рода эмоциональной гемофилии: у них отсутствует механизм сворачивания, который усмирял бы приливы эмоций. Стоит только уколоть тонкую «кожу» такого человека, как он истечет эмоциями до смерти. Долгие периоды удовлетворенности для пограничных личностей редки. Хроническая опустошенность истощает их до тех пор, пока они не решаются что-то сделать, чтобы ее избежать. Охваченный такими проблемами пациент склонен к массе

импульсивных саморазрушающих действий: употреблению алкоголя и наркотиков, марафонам переедания, припадкам анорексии, булимическим «чисткам», приступам игромании и шопоголизма, сексуальной неразборчивости и нанесению себе физического вреда. Пограничные личности могут совершать попытки суицида, причем зачастую не с целью умереть, а просто чтобы почувствовать *хоть что-то*, чтобы доказать себе, что они живы.

«Я ненавижу то, как я себя чувствую, — признался один пациент с ПРЛ. — Когда я думаю о суициде, он кажется таким заманчивым, таким привлекательным. Иногда это единственное, что мне хочется делать. Мне трудно не хотеть навредить себе. Как будто, если я причиню себе боль, страх и страдания уйдут».

Принципиально важной чертой пограничного расстройства является недостаточное осознание своей идентичности. Люди с ПРЛ описывают себя сбивчиво и противоречиво, в отличие от других пациентов, у которых обычно есть куда более ясное понимание того, кто они такие. Для преодоления своего неопределенного и по большей части негативного представления о себе пограничные личности, как актеры, постоянно ищут «хорошие роли», законченных «персонажей», с помощью которых они могут заполнить вакуум своей идентичности. Таким образом, они зачастую, подобно хамелеонам, приспосабливаются к текущей окружающей среде, ситуации или людям, прямо как герой фильма Вуди Аллена «Зелиг», в буквальном смысле перенимающий личность и внешность окружающих его людей.

Приманка экстатических переживаний, получаемых через секс, наркотики или иные средства, иногда слишком сильно действует на пограничных пациентов. В экстазе они могут возвращаться к первобытному состоянию, где

«я» и внешний мир сливаются в одно — своего рода второе детство. В периоды крайнего одиночества и опустошенности пограничные личности могут пускаться во все тяжкие с наркотиками, уходить в запой или совершать сексуальные эскапады (с одним или несколькими партнерами), причем иногда такие периоды могут затягиваться на много дней. Это выглядит так, как будто, когда битва за поиск собственной идентичности становится невыносимой, оптимальное решение для них — либо потерять ее окончательно, либо достичь ее подобия через боль или оцепенение.

Семейная история пограничных личностей часто отмечена алкоголизмом, депрессией и эмоциональными проблемами. Детство таких людей нередко становится выжженным полем боя, на котором оставляют свои шрамы безразличие, неприятие или отсутствие родителей, эмоциональные лишения и систематические обиды. Большинство исследований в результате обнаруживали за плечами многих пограничных пациентов историю серьезного психологического, физического и сексуального насилия. И действительно, от других пациентов психиатров пограничные личности отличаются в первую очередь тем, что у них в памяти хранятся случаи жестокого обращения, они становились свидетелями насилия или их переживания обесценивались родителями или теми, кто в первую очередь за ними ухаживал[16, 17].

Такие нестабильные взаимоотношения переносятся в подростковый период и во взрослую жизнь, когда романтические привязанности обычно бывают крайне эмоциональными, но кратковременными. Человек с ПРЛ может неистово добиваться кого-то, а на следующий день послать с вещами на выход. Более долгие любовные отношения — в этом случае речь идет скорее о неделях

или месяцах, чем о годах, — обычно бывают бурными, яростными, удивительными и волнующими.

Расщепление: черно-белый пограничный мир

В мире пограничной личности, как и в мире ребенка, есть только герои и злодеи. Будучи ребенком по уровню эмоционального развития, пациент с ПРЛ не выносит непоследовательности и двусмысленности в людях; он не может примирить в своем сознании хорошие и плохие черты другого человека и связать их в последовательное и неизменное понимание этого индивида. В любой отдельно взятый момент человек может быть либо «хорошим», либо «плохим» — никаких оттенков серого, никаких промежуточных положений. Если пограничная личность и распознает нюансы и оттенки, то с большим трудом. Любовники и супруги, матери и отцы, братья и сестры, друзья и психотерапевты могут в один день чуть ли не обожествляться, а на следующий совершенно обесцениваться и отвергаться.

Когда идеализированная фигура наконец чем-то разочаровывает пограничную личность (а все мы рано или поздно это делаем), ей приходится полностью менять структуру своего строгого и жесткого концептуального представления. В итоге либо идол изгоняется в темницу, либо сам пациент изгоняет *самого себя* во имя сохранения «положительного со всех сторон» образа другого человека.

Такой тип поведения называется «расщеплением» и является первичным защитным механизмом, к которому

прибегают люди с ПРЛ. Чисто технически расщепление — это строгое разделение позитивных и негативных мыслей и чувств в отношении себя и других, по сути, неспособность синтезировать эти чувства в единое целое. Большинство людей могут испытывать неоднозначные чувства и воспринимать одновременно два противоречащих друг другу эмоциональных состояния; для пограничной личности же характерно метание вперед и назад, так как она совершенно не имеет понятия о первом эмоциональном состоянии, будучи погруженной во второе.

Расщепление дает запасной выход для тревожности: человек с ПРЛ обычно воспринимает близкого друга или родственника (назовем его Джо) как двух совершенно разных людей в зависимости от ситуации. В один момент он может безоговорочно восхищаться «Хорошим Джо», считая его абсолютно положительным персонажем; его негативные качества в это время просто не существуют; все они были отсеяны и приписаны «Плохому Джо». В другой же момент он может ни за что ни про что начать презирать «Плохого Джо», беззастенчиво злясь на его отрицательную сущность, — и в этот момент у Джо не существует никаких положительных черт; он полностью заслуживает обрушившуюся на него ярость.

Механизм расщепления изначально направлен на защиту пограничной личности от шквала противоречивых чувств и образов — и, собственно, от тревоги, вызванной попытками примирить в сознании эти образы; но зачастую по иронии судьбы он приводит к прямо противоположному эффекту: истончившиеся участки ткани личности становятся полноценными разрывами, а восприятие собственной идентичности и идентичностей других меняется еще резче и чаще.

Буря в отношениях

Несмотря на постоянные мучения, причиняемые другими людьми, пограничные личности ищут новых отношений, так как уединение и даже временное одиночество для них куда более невыносимо, чем жестокое обращение. Избегая одиночества, они будут стремиться в бары для знакомств, в объятия недавно пытавшихся заигрывать с ними новых знакомых, куда-нибудь — куда угодно, — где можно встретить хоть кого-то, кто способен избавить от пытки собственными мыслями. Пограничная личность находится в постоянных поисках мистера Гудбара*. В своем неустанном стремлении найти в жизни структурированную роль для себя пограничные люди обычно притягиваются к партнерам с взаимодополняющими чертами характера — и сами притягивают их. Так, например, доминирующий и самовлюбленный муж Дженнифер без лишних усилий загонял ее в рамки четко очерченной роли. Он мог дать ей идентичность, даже если ее суть предполагала повиновение и покорность при жестоком обращении.

Однако отношения с пограничными личностями быстро распадаются. Сохранение близости с таким человеком требует понимания сути синдрома и готовности долго и с большим риском идти по канату, натянутому над пропастью. Чрезмерная близость грозит удушением для пограничной личности. В то же время отстраненность или попытка оставить ее одну — даже на короткий период времени — возвращает ее к ощущению заброшенности, знакомому еще с детства. В любом из этих случаев реакция пограничной личности будет бурной.

---

* По аналогии с американским фильмом «В поисках мистера Гудбара», где главная героиня ищет «идеального мужчину», которого называет «мистером Гудбаром». — *Примеч. пер.*

В каком-то смысле человек с ПРЛ — это исследователь мира эмоций, у которого при себе есть только набросок карты межличностных отношений; ему чрезвычайно сложно измерять оптимальное физическое расстояние между собой и другими, и особенно теми, кто ему важен. Чтобы компенсировать эту проблему, он скачет туда-сюда: от зависимости до яростной манипуляции, от приливов благодарности до приступов иррационального гнева. Он боится одиночества и поэтому цепляется за людей; он боится быть поглощенным и поэтому отталкивает их от себя. Он жаждет близости, но в то же время боится ее. Заканчивается все тем, что он отпугивает тех, с кем больше всего хочет сблизиться.

Проблемы на работе и с коллегами

Несмотря на то что у людей с ПРЛ возникают огромные сложности в личной жизни, многие из них способны продуктивно функционировать в рабочей ситуации, особенно если работа предполагает структурированность, четко очерчивает круг обязанностей и комфортна для них. Некоторые пациенты хорошо работают на протяжении долгих периодов, но затем внезапно покидают свою должность или саботируют свои обязанности, переходя к следующей возможности — будь то из-за изменений в структуре работы, или резких сдвигов в личной жизни, или даже из-за обычной скуки и жажды новизны. Многие пациенты жалуются на частые или хронические проблемы со здоровьем, что позволяет им постоянно отпрашиваться к доктору или брать больничный[18].

Рабочая обстановка может дать людям с ПРЛ убежище от анархии, царящей в их социальных взаимоотношениях.

По этой причине пограничные личности часто лучше всего проявляют себя в строго структурированной рабочей среде. Профессии, связанные с оказанием помощи: медицина, уход за больными, служение в церкви, консультирование, также привлекают многих людей с ПРЛ, стремящихся к власти и контролю над ситуацией, которого им часто не хватает в социальных взаимоотношениях. Возможно, более важно то, что в этих ролях они заботятся о других и получают признание, которого им так не хватает в повседневной жизни. Зачастую такие пациенты очень умны и демонстрируют поразительные артистические способности; поощряемые легким доступом к мощным эмоциям, они могут быть очень креативными и достигать профессионального успеха.

Однако слишком соревновательная и неструктурированная рабочая атмосфера или чересчур требовательный начальник могут спровоцировать сильнейший неконтролируемый гнев и повышенную чувствительность к отвержению, которому все время в своем представлении подвергается пограничная личность. Ярость может проникать во все сферы работы и буквально разрушить карьеру.

«Женская болезнь»?

До недавнего времени исследования позволяли предполагать, что число женщин с ПРЛ перевешивает число мужчин с аналогичным диагнозом в соотношении 3–4 : 1. Однако последнее эпидемиологическое исследование подтверждает, что доля подверженных этому синдрому примерно одинакова для обоих полов, хотя женщины чаще обращаются за лечением. Также у женщин симптомы расстройства проявляются в большей степени и наносят

более значительный ущерб. Эти обстоятельства отчасти объясняют, почему в клинических исследованиях были представлены в основном женщины. Однако возможно существование и других факторов, говорящих в пользу того, что ПРЛ — «женская болезнь».

Некоторые критики полагают, что в случае с диагнозом ПРЛ в действие вступает своеобразная врачебная предвзятость: психотерапевты могут считать проблемы идентичности и импульсивности более «нормальными» для мужчин; в результате этого среди мужского населения диагноз ПРЛ ставится реже. В то время как деструктивное поведение со стороны женщин может рассматриваться как результат расстройства, аналогичное поведение со стороны мужчин воспринимается как антисоциальное. В то время как женщин при таких проблемах направляют на лечение, мужчин могут вместо этого пропускать через систему уголовного судопроизводства, что навсегда лишает их шанса получить правильный диагноз.

ПРЛ в различных возрастных группах

Многие из характерных черт пограничного синдрома: импульсивность, неспокойные отношения, проблемы с идентичностью, нестабильность настроения — представляют крупную проблему на определенном этапе развития для любого подростка. И действительно, установление ядра своей идентичности — основная задача как тинейджера, так и пограничного пациента. Из этого следует, что ПРЛ чаще диагностируется среди подростков и молодежи, чем в других возрастных группах[19].

ПРЛ довольно редко встречается среди пожилых. Недавние исследования продемонстрировали, что самое

заметное снижение числа поставленных диагнозов происходит после 45 лет. На основе этих данных некоторые исследователи выдвигают гипотезу, что многие взрослые ближе к старости «вызревают» и могут стабилизироваться с течением времени. Тем не менее пожилым людям при этом приходится бороться с прогрессирующим снижением физических и умственных способностей, и для некоторых стареющих пограничных индивидов этот адаптивный процесс может быть довольно опасным. При наличии слишком непрочной идентичности задача по изменению ожиданий и приспособлению самовосприятия к новой обстановке способна обострить существующие симптомы болезни. Стареющая пограничная личность с устойчивой психопатологией может отрицать ухудшение своих способностей, проецировать вину на других и приобретать параноидальные черты; в иных случаях люди начинают преувеличивать свою недееспособность и становиться более зависимыми от других.

Социально-экономические факторы

Пограничная патология выявляется во всех культурных средах и социальных классах в США. Тем не менее доля людей с ПРЛ среди разведенных, расставшихся с партнером, овдовевших и проживающих в одиночестве, а также среди групп с низким доходом и уровнем образования была значительно выше. Последствия бедности для младенцев и детей, такие как более высокий уровень стресса, худшее образование и отсутствие качественного ухода, психиатрической помощи и контроля беременности (что может вылиться в повреждения мозга или недоедание), по всей видимости, приводят к повышенной заболеваемости ПРЛ среди бедных.

Географические границы

Несмотря на то что бóльшая часть теоретических изысканий и эмпирических исследований пограничного синдрома проводилась в США, другие страны: Канада, Мексика, Израиль, Швеция, Дания, прочие страны Западной Европы и бывшего СССР, признали существование пограничных патологий среди своего населения.

Сравнительные исследования в настоящее время довольно малочисленны и противоречивы. Например, отдельные исследования указывают на более высокий процент болеющих ПРЛ среди латиноамериканского населения, в то время как другие этот вывод не подтверждают. Некоторые работы обнаружили высокую распространенность ПРЛ среди коренного населения Америки. Последовательных изысканий в этой сфере довольно мало, но они могли бы лучше объяснить, как влияют на болезнь воспитание, культурные и социальные черты.

Пограничное поведение у знаменитостей и выдуманных персонажей

Определенный интерес для психиатрического сообщества представляет вопрос о том, является ли ПРЛ новым феноменом или всего лишь современным названием для давно существующего кластера взаимосвязанных чувств и внешних проявлений поведения. Большинство психиатров полагают, что пограничный синдром существует довольно давно, а его растущая значимость проистекает не столько из его распространения среди пациентов

(подобно инфекционному заболеванию или хроническому истощению), сколько из лучшей информированности врачей. И действительно, многие психиатры считают, что некоторые наиболее интересные случаи «неврозов» Зигмунда Фрейда на рубеже веков сегодня бы четко диагностировали как ПРЛ[20].

Возможно, с этой новой точки зрения, для нас стали бы куда понятнее некоторые наиболее сложные личности настоящего и прошлого, причем как реальные, так и выдуманные. И наоборот, некоторые известные люди и персонажи могут служить иллюстрацией различных аспектов синдрома. Высказывались предположения, что пограничными личностями были принцесса Диана, Мэрилин Монро, Зельда Фитцджеральд, Томас Вулф, Томас Лоуренс, Адольф Гитлер и Муаммар Каддафи. Культурные критики отмечают пограничные характеристики у Бланш Дюбуа из пьесы «Трамвай “Желание”», Марты из «Кто боится Вирджинии Вульф?», Салли Боулз из «Кабаре», Трэвиса Бикла из «Таксиста», Говарда Била из «Телесети» и у Кармен из оперы Бизе. Хотя у перечисленных людей и персонажей действительно можно обнаружить соответствующие симптомы и характерное для ПРЛ поведение, это не значит, что именно пограничный синдром привел к радикальным действиям или поворотам в их судьбе. Например, Гитлером, скорее всего, двигали психические расстройства и социальные силы, куда более значимые, чем ПРЛ; глубинные причины (предполагаемого) суицида Мэрилин Монро крылись в куда более сложных проблемах, чем просто в ПРЛ. Мало доказательств и того, что авторы «Таксиста» или «Телесети» сознательно стремились создать протагониста с ПРЛ. Если пограничный синдром и дает что-то новое в этом отношении, то лишь новый угол зрения для интерпретации и анализа.

Прогресс в исследованиях и лечении

С момента публикации первого издания этой книги в исследовании причин ПРЛ и его лечении был достигнут немалый прогресс. Наше понимание биологических, психологических и генетических предпосылок психических болезней постоянно улучшается. Раскрываются взаимодействия различных частей мозга и взаимосвязь эмоций и мотивации поступков. Растет осведомленность о роли нейромедиаторов, гормонов и химических реакций в мозге. Изучается генетическая уязвимость, возможность включения и выключения отдельных генов и влияние отдельных событий в жизни на формирование личности. Развиваются новые психотерапевтические техники.

Долгосрочные исследования подтверждают, что со временем многие пациенты выздоравливают и еще большее число наблюдают заметные улучшения. На протяжении десятилетия 86% пограничных пациентов добивается устойчивого ослабления симптомов, и почти половине из них требуется на это только два года. Тем не менее, несмотря на ослабление определяющих симптомов, многие из пациентов продолжают испытывать трудности в социальной, рабочей и школьной среде. Хотя доля рецидивов довольно высока (34%), по прошествии десяти лет половина пациентов достигает полного и окончательного выздоровления с восстановлением функциональности в общественной и профессиональной жизни[21, 22]. Многие пациенты с ПРЛ наблюдают улучшение даже без системного лечения, хотя непрерывная терапия все же ускоряет выздоровление[23].

Вопрос пограничной «патологии»

В той или иной степени все мы страдаем от тех же проблем, что и пограничные личности: угроза расставания, страх быть отвергнутыми, смятение по поводу своей идентичности, чувство опустошенности и скуки. Скольким из нас приходилось иметь напряженные и нестабильные отношения? Или иногда впадать в ярость? Или переживать экстатическое состояние? Или бояться одиночества, переживать скачки настроения, действовать себе во вред?

ПРЛ как минимум должно служить нам напоминанием о том, что грань между «нормальным» и «патологическим» иногда бывает очень тонкой. Значит, мы все в большей или меньшей степени проявляем симптомы пограничной личности? Ответом, скорее всего, будет «да». Ведь, в самом деле, многие из читателей первой главы наверняка подумали, что все это очень похоже на вас или на какого-то вашего знакомого. Однако разница в том, что не всех из нас этот синдром контролирует настолько, что нарушает — или, наоборот, регулирует — нашу жизнь. ПРЛ с характерными для него крайними проявлениями эмоций, поведения и мыслей представляет одновременно лучшие и худшие черты человеческого характера и общества начала XXI века. Исследуя глубины и границы расстройства, мы можем столкнуться лицом к лицу с нашими самыми уродливыми инстинктами и самыми лучшими способностями, а также пройти тяжелый путь, разделяющий их.

ГЛАВА 2

Хаос и пустота

Все для них — каприз. Они безмерно любят того, кого совсем скоро будут без причины ненавидеть.

Томас Сиденхэм, живший в XVII веке английский врач об «истерике» — аналоге сегодняшнего ПРЛ

«Иногда мне кажется, что я одержима дьяволом, — говорит Кэрри, социальный работник психиатрического отделения большой больницы. — Я не могу понять себя. Я только знаю, что эта моя пограничная личность заставила меня жить так, что я всех отсекла от себя. Так что мне очень, очень одиноко».

Кэрри поставили диагноз ПРЛ после 22 лет терапии, лекарств и госпитализаций по причине различных психических и физических заболеваний. К тому времени ее медицинская карта напоминала потрепанный паспорт, все страницы которого были покрыты штампами различных психиатрических «территорий», через которые она путешествовала.

«Я много лет переходила из больницы в больницу, но так и не нашла врача, который понял бы меня и знал бы, через что я прохожу».

Родители Кэрри развелись, когда она была еще младенцем, и до 9 лет ее растила страдающая алкоголизмом мать. После этого на протяжении 4 лет о ней заботились в школе-интернате.

В 21 год постоянная подавленность заставила ее обратиться за лечением; в то время ей диагностировали депрессию и назначили соответствующее лечение. Несколько лет спустя она начала страдать от резких перепадов настроения, и ее лечили от биполярного расстройства (маниакально-депрессивный психоз). На протяжении этого периода она неоднократно злоупотребляла препаратами и много раз резала себе запястья.

«Я резала себя и страдала от передозировки транквилизаторов, антидепрессантов и других препаратов, которые мне прописывали, — вспоминает она. — Для меня это превратилось, по сути, в образ жизни».

Около 25 лет у нее появились слуховые галлюцинации и серьезная паранойя. Тогда ее впервые положили в больницу и поставили диагноз «шизофрения».

Позднее Кэрри неоднократно госпитализировали в кардиологическое отделение с сильными болями в груди, которые каждый раз возникали на нервной почве. Она проходила через периоды переедания и голодания; на протяжении нескольких недель ее вес мог колебаться в пределах 30 кг.

В 32 она подверглась жестокому изнасилованию со стороны врача в госпитале, где она работала. Вскоре после этого она вернулась в школу и оказалась вовлечена в сексуальную связь с одной из своих женщин-профессоров. К 42 годам в ее медицинской коллекции были почти все мыслимые диагнозы, включая шизофрению, депрессию, биполярное расстройство, ипохондрию, невроз, нервную

анорексию, сексуальную дисфункцию и посттравматическое стрессовое расстройство.

Несмотря на психические и физические проблемы, Кэрри довольно неплохо справлялась со своими профессиональными обязанностями. Хоть она и часто меняла место работы, ей удалось защитить докторскую степень по социальной работе. Она даже смогла какое-то время преподавать в небольшом женском колледже.

Ее личные отношения, однако, были крайне ограниченны. «Все мои отношения с мужчинами сводились к тому, что я подвергалась сексуальному насилию. Несколько мужчин хотели жениться на мне, но у меня есть большая проблема со сближением и с физическими прикосновениями. Я этого не выношу. Мне хочется убежать. Пару раз я была помолвлена, но мне пришлось разорвать отношения. Я не могу даже представить себя чьей-то женой».

Что касается друзей, она говорила: «Я очень сосредоточена на себе. Я говорю все, что думаю, чувствую, знаю или даже не знаю. Мне очень тяжело интересоваться другими людьми».

Прошло больше десяти лет лечения, прежде чем симптомы Кэрри наконец распознали, и ей поставили диагноз ПРЛ. Ее дисфункция развилась из закоренелых, устойчивых черт характера, более типичных для расстройства личности, чем для поставленных ей ранее диагнозов временных заболеваний, касающихся расстройств настроения.

«Самая сложная часть ПРЛ — пустота, одиночество и сильные эмоции, — так Кэрри говорит сегодня. — Крайние проявления в поведении так меня запутывают. Иногда я даже не знаю, что я чувствую или кто я вообще есть».

Лучшее понимание заболевания Кэрри привело к более последовательному лечению. Препараты помогали

купировать острые симптомы и обеспечить основу для поддержания связного самоощущения; в то же время пациентка сама признавала, что возможности лекарств ограничены.

Ее психиатр в сотрудничестве с другими ее врачами помог ей понять связь между ее жалобами на физическое состояние и тревожностью, а также избежать ненужных медицинских исследований, лекарств и операций. Психотерапия в ее случае была нацелена на долгую работу, концентрируясь на ее зависимости и стабилизации ее идентичности и взаимоотношений, а не на бесконечной последовательности острых кризисов.

В свои 46 лет Кэрри пришлось привыкать к тому, что весь спектр ее предыдущих поведенческих реакций оказался неприемлем. «У меня больше нет выбора: порезать себя, устроить передозировку лекарств или лечь в больницу. Я поклялась, что буду жить в реальном мире и справляться с ним, но, скажу я вам, это пугающее место. Я не уверена, способна ли я на это или *хочу* быть способной».

Пограничность: расстройство личности

Путешествие Кэрри через лабиринт психиатрических и медицинских симптомов и диагнозов — это пример замешательства и отчаяния, которое испытывают страдающие психическим заболеванием и те, кто пытается им помочь. Хотя случай Кэрри может показаться кому-то чрезвычайным, миллионы женщин и мужчин мучаются от таких же проблем с отношениями, близостью, депрессией и злоупотреблением различными веществами. Быть может, если бы диагноз ей поставили раньше или точнее, Кэрри удалось бы уберечь хотя бы от части боли и одиночества.

Несмотря на то что пограничные личности страдают от клубка болезненных симптомов, которые сильно нарушают нормальный ход жизни, психиатры лишь недавно начали понимать это расстройство и эффективно его лечить. Что такое вообще «расстройство личности»? С чем именно граничит пограничная личность? В чем сходство и различия ПРЛ и других расстройств? Как пограничный синдром вписывается в общую схему психиатрии? Эти вопросы кажутся трудными даже профессионалам, особенно в силу неуловимой и парадоксальной природы заболевания и его необычной эволюции в психиатрии.

Одна из общепринятых моделей предполагает, что личность на самом деле является комбинацией *темперамента* (наследственных личностных характеристик, таких как нетерпеливость, склонность к пагубным привычкам и т. д.) и *характера* (связанных с развитием ценностей, формирующихся на основе среды и жизненного опыта); другими словами, она представляет собой смесь врожденного и приобретенного. Характеристики *темперамента* могут быть связаны с генетическими и биологическими маркерами, они проявляются на раннем этапе жизни и воспринимаются как инстинкты или привычки. *Характер* проявляется более медленно по мере взросления и формируется под влиянием того, с чем человек сталкивается. Через призму этой модели ПРЛ можно рассматривать как комбинацию, образующуюся в результате столкновения генов и среды[1, 2].

ПРЛ входит в число десяти расстройств личности, выделенных в DSM-IV-TR: в «Руководстве» личностные расстройства распределяются по категориям на Оси II. (Для дополнительных сведений о категоризации в DSM-IV-TR см. приложение А.) Эти расстройства отличаются кластером развивающихся *черт*, которые начинают проявляться

в поведении индивида. Они относительно устойчивы и приводят к формированию мешающих адаптации моделей восприятия, поведения и отношения к другим.

Расстройства *настроения* (Ось I в DSM-IV-TR) обычно менее устойчивы, чем расстройства *личности*. Такие расстройства настроения, как депрессия, шизофрения, нервная анорексия, наркотическая зависимость, как правило, ограничены во времени и в количестве эпизодов. Симптомы могут появляться внезапно, а затем проходить, по мере того как пациент возвращается к «нормальному» состоянию. Зачастую эти заболевания прямо связаны с дисбалансом в биохимических процессах организма и поддаются лечению препаратами, фактически борющимися с симптомами.

Симптомы расстройства личности же, наоборот, обычно представляют собой более устойчивые черты и меняются только постепенно; препараты в целом в этом случае менее эффективны. В первую очередь необходима психотерапия, хотя другие методы лечения, в том числе и медикаментозные, могут облегчить массу симптомов, особенно сильное беспокойство и депрессию (см. главу 9). В большинстве случаев пограничное и иные расстройства личности бывают вторичным диагнозом, описывающим предпосылки, на основе которых формируется характер пациента, проявляющего более острые и заметные симптомы расстройства настроения.

Сравнение с другими расстройствами

Из-за того что ПРЛ нередко маскируется под другое заболевание и ассоциируется с другими диагнозами, врачам зачастую не удается его распознать, несмотря на важность этого фактора для оценки пациента. В результате

пациент с ПРЛ, как Кэрри, путешествует из больницы в больницу, обследуется у множества врачей и на протяжении жизни примеряет на себя целую вереницу диагностических ярлыков.

ПРЛ может несколькими способами взаимодействовать с другими расстройствами (рис. 2.1). Во-первых, ПРЛ нередко сосуществует с расстройствами настроения (Ось I) таким образом, что пограничная патология камуфлируется. Например, ПРЛ может быть погребено под последствиями более заметной и серьезной депрессии. Случается, что по окончании депрессии под воздействием антидепрессантов пограничные черты всплывают на поверхность и лишь тогда проявляет себя лежащая в основе характера структура, требующая внимания.

Во-вторых, ПРЛ может быть тесно связано с другим расстройством и даже способствовать его развитию. Например, импульсивность, склонность к саморазрушению, трудности в межличностных отношениях, пониженный уровень самовосприятия и угрюмость, часто проявляющиеся у пациентов с расстройствами пищевого поведения или при злоупотреблении наркотиками и алкоголем, скорее свидетельствуют о ПРЛ, чем о первичном расстройстве Оси I. И хотя можно возразить, что хронический алкоголизм способен в конце концов изменить черты характера так, что пограничная модель разовьется как вторичная проблема, но все же более вероятно, что эта патология имеет первичный характер, проявляется раньше и приводит к алкоголизму.

Вопрос о курице и яйце всегда непрост, но развитие болезней, связанных с ПРЛ, свидетельствует о своего рода психологической уязвимости перед стрессом. По аналогии с тем, как отдельные люди имеют генетическую и биологическую склонность к физическим недугам — сердечным

приступам, раку, желудочно-кишечным заболеваниям и т. д., — многие биологически предрасположены к психическим расстройствам, особенно если предпосылки к ПРЛ усугубляются стрессами. Таким образом, под давлением стресса одна пограничная личность ударится в наркоманию, другая будет страдать от расстройства пищевого поведения, а кто-то впадет в глубокую депрессию.



Рис. 2.1. Схема позиционирования ПРЛ по отношению к другим психическим расстройствам

В-третьих, ПРЛ иногда так хорошо маскируется под другое расстройство, что пациенту ошибочно ставят диагнозы шизофрения, невроз, биполярное расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) или другие.

Сравнение с шизофренией

Пациенты с шизофренией обычно гораздо более подвержены воздействию заболевания, а также хуже справляются с повседневными функциями и общаются с другими, чем пограничные личности. И те и другие могут иметь эпизоды беспокойства и психоза, но у пограничных пациентов они обычно менее последовательны и со временем становятся более поверхностными. Шизофреники с гораздо большей вероятностью привыкают к своим галлюцинациям и иллюзиям и меньше из-за них беспокоятся. Кроме того, при обоих диагнозах больные могут вести себя деструктивно, наносить себе увечья, но если пограничная личность обычно способна при этом нормально выполнять свои жизненные функции, шизофреник в социальном плане страдает куда больше.

Сравнение с аффективными расстройствами (биполярное и депрессивное расстройства)

«Скачки настроения» и «разбегающиеся мысли» — частые жалобы, после которых у врача моментально включается условный рефлекс, побуждающий ставить диагноз «депрессия» или «биполярное расстройство» (маниакально-депрессивный психоз). Тем не менее те же симптомы соответствуют ПРЛ и даже СДВГ, причем оба этих синдрома встречаются гораздо чаще биполярного расстройства. Разница между ними колоссальна. Для больных биполярным расстройством или депрессией депрессивные или маниакальные эпизоды означают

серьезные нарушения в нормальном функционировании. Скачки настроения могут продолжаться от нескольких дней до нескольких недель. В промежутке между этими фазами такие пациенты ведут относительно нормальную жизнь и обычно подаются эффективному лечению с помощью препаратов. Напротив, пограничные личности обычно сталкиваются с проблемами в функционировании (по крайней мере, внутренними), даже когда они не проявляют внешних признаков смены настроения. В момент, когда пациент с ПРЛ ведет себя деструктивно, угрожает суицидом, гиперактивен или проходит через фазу резкой смены настроения, он может казаться биполярным, но его смены настроения обычно менее устойчивы (продолжаются несколько часов, а не дней или недель) и чаще являются ответными реакциями на стимулы окружающей среды[3].

ПРЛ и СДВГ

Пациенты с СДВГ живут в постоянной путанице быстро сменяющих друг друга познавательных процессов. Как и пограничные личности, они часто переживают резкие смены настроения, «скачку идей», импульсивность, взрывы ярости, нетерпеливость и неспособность справляться с разочарованиями; злоупотребляют алкоголем или лекарствами (без предписания врача) и проходят через мучительные отношения; легко впадают в скуку. И действительно, многие характерные черты ПРЛ совпадают с описанием «типичного темперамента при СДВГ»: частая тяга к новизне (охота за приключениями) в сочетании с низкой зависимостью от вознаграждения (мало заботятся о непосредственных последствиях)[4]. Неудивительно, что в нескольких исследованиях отмечены корреляции между этими диагнозами. В некоторых

проспективных исследованиях указывалось, что дети с диагнозом СДВГ часто во взрослом возрасте страдают от расстройств личности, особенно от ПРЛ. Ретроспективные исследования показали, что многие взрослые с диагнозом ПРЛ в детстве подпадали под критерии СДВГ[5–7]. В дальнейшем еще лишь предстоит выяснить, вызывает ли одна болезнь другую, или они просто часто сопутствуют друг другу, или, быть может, являются взаимосвязанными проявлениями одного расстройства. Что любопытно, одно из исследований показало, что лечение симптомов СДВГ также уменьшало симптомы ПРЛ, если у пациента были диагностированы оба синдрома[8].

ПРЛ и боль

Было установлено, что пограничные пациенты проявляют парадоксальную реакцию на боль. Масса исследований подтвердила их значительно пониженную чувствительность к острой боли, особенно причиненной себе самому (см. «Саморазрушение» далее в этой главе). Тем не менее пограничные пациенты более чувствительны к хронической боли. Этот «болевой парадокс», по-видимому, характерен исключительно для ПРЛ и пока не получил убедительного объяснения. Некоторые утверждают, что острая боль, особенно причиненная самостоятельно, удовлетворяет определенные психологические потребности пациента и связана с изменениями в электрической активности мозга и, возможно, с быстрой выработкой эндогенных опиатов — собственных наркотиков организма. Однако продолжающаяся боль, не подконтрольная пограничному пациенту, дает меньше внутренней анальгетической защиты и вызывает тревогу[9, 10].

ПРЛ и соматизированное расстройство

Пограничная личность может фокусироваться на своих физических недугах, громко и трагично жалуясь медперсоналу и знакомым, чтобы поддерживать с ними отношения зависимости. В таком случае человека нередко считают обычным ипохондриком, полностью игнорируя истинную суть его проблемы. Соматизированное расстройство — это состояние, при котором у пациента масса жалоб на физическое состояние (в том числе на боль, симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта, нервной системы, сексуальные проблемы), которые нельзя объяснить каким-либо известным медицине заболеванием. В приступах ипохондрии пациент убежден, что страдает от страшного заболевания, даже несмотря на отрицательные результаты медицинских обследований.

ПРЛ и диссоциативные расстройства

Диссоциативные расстройства включают в себя такие феномены, как амнезия, ощущение нереальности в отношении себя (деперсонализация) или в отношении окружения (дереализация). Самые крайние формы диссоциации — это диссоциативное расстройство идентичности, ранее известное под названием «расщепление личности». Почти 75% лиц с ПРЛ испытывают отдельные диссоциативные проявления[11]. Еще выше процент больных с первичным диагнозом ПРЛ среди тех, кто страдает от тяжелейшей формы диссоциации — расстройства идентичности[12]. Оба расстройства обладают рядом общих симптомов: импульсивность, взрывы ярости, сложные отношения с людьми, резкие смены настроения и склонность к нанесению себе вреда. Часто выясняется, что пациенты с этими диагнозами подвергались в детстве жестокому обращению, насилию или страдали от безразличия взрослых.

ПРЛ и посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это комплекс симптомов, появляющихся после крайне серьезного травмирующего события, такого как стихийное бедствие или война. Оно характеризуется сильным страхом, повторным эмоциональным переживанием события, кошмарами, раздраженностью, повышенным старт-рефлексом, стремлением избегать связанных с травмирующим событием мест или занятий, а также ощущением беспомощности. Поскольку и ПРЛ, и ПТСР часто ассоциируются с насилием в детстве и демонстрируют сходные симптомы — такие, как чрезмерные эмоциональные реакции и импульсивность, — некоторые утверждают, что это одна и та же болезнь. И хотя ряд исследований демонстрирует, что они могут проявляться одновременно более чем в половине случаев, это все же два различных расстройства с разными определяющими критериями[13].

ПРЛ и связанные с ним расстройства личности

Многие симптомы ПРЛ перекликаются с чертами других расстройств личности. Например, зависимое расстройство делит с пограничным такие характеристики, как зависимость, избежание одиночества и напряженные взаимоотношения. Однако у зависимой личности отсутствуют стремление к саморазрушению, злость и скачки настроения, присущие пограничной. Аналогично шизотипическая личность плохо выстраивает отношения с другими и имеет проблемы с доверием, однако при этом более эксцентрична и менее склонна к саморазрушению. Зачастую пациент обладает достаточным количеством характеристик, чтобы ему можно было поставить два или более диагноза. Например, проявляет черты, позволяющие диагностировать как

пограничное расстройство личности, так и обсессивно-компульсивное расстройство.

В DSM-IV-TR ПРЛ отнесено в группу расстройств личности, для которых характерны резкие, эмоциональные или непостоянные проявления (см. приложение А). Помимо него в эту группу входят нарциссическое, антисоциальное и истерическое расстройства личности, с которыми часто сравнивают ПРЛ.

Как пограничные, так и нарциссические расстройства предполагают гиперчувствительность к критике; неудачи или отказы могут привести к глубокой депрессии. Для обоих состояний характерно использование других людей, оба требуют к себе постоянного внимания. Однако нарциссическая личность обычно действует на более высоком уровне. Она проявляет раздутое чувство собственной важности (иногда прикрывая им крайнюю степень неуверенности в себе), пренебрежение к другим и полное отсутствие даже намеков на эмпатию. Напротив, человек с ПРЛ обладает низкой самооценкой и очень зависит от поддержки окружающих. Он отчаянно цепляется за других и обычно более чувствителен к их реакции.

Как и пограничная, антисоциальная личность импульсивна, плохо терпит разочарования и вступает в манипулятивные отношения. Однако антисоциальный человек не чувствует вины или укоров совести; он более отстранен и не проявляет саморазрушительных наклонностей.

Истерические пациенты схожи с пограничными в том, что они ищут внимания к себе, манипулируют окружающими и подвержены сменам настроения. Тем не менее истерики обычно формируют более устойчивые роли и отношения. Как правило, их речь и манеры более напыщенны,

а эмоциональные реакции преувеличены. Их основная забота — физическая привлекательность. В одном исследовании проводилось сравнение психологических и социальных функций пациентов с ПРЛ, шизотипическими, обсессивно-компульсивными и тревожными расстройствами, а также людей с глубокой депрессией. Пациенты с пограничным и шизотипическим расстройством личности оказались гораздо менее функциональны, чем лица с другими расстройствами и с глубокой депрессией[14].

ПРЛ и злоупотребление алкоголем и наркотиками

ПРЛ часто ассоциируется с алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Почти треть тех, кому на протяжении жизни был поставлен один из этих диагнозов, также удовлетворяют критериям ПРЛ. Более половины стационарных пациентов с ПРЛ также злоупотребляют наркотиками или алкоголем[15, 16]. Алкоголь и наркотики могут свидетельствовать о злости, желании себя наказать, об импульсивности, о стремлении к эмоциональному возбуждению или о попытках справиться с одиночеством. Наркомания может заменять выстраивание социальных взаимоотношений, быть привычным и успокаивающим способом стабилизировать или самостоятельно излечить скачки настроения, а также почувствовать принадлежность к чему-то и идентифицировать себя. Эти возможные объяснения привлекательности алкогольной и наркотической зависимости также являются определяющими критериями ПРЛ.

Пограничная личность с анорексией/булимией или пограничный анорексик/булимик?

Нервная анорексия и булимия стали серьезными проблемами в США, особенно среди молодых женщин.

Расстройства пищевого поведения подпитываются фундаментальной неудовлетворенностью своим телом и общим недовольством своей идентичностью. Анорексичная женщина видит себя исключительно в черно-белых тонах: либо толстой (именно так она себя все время чувствует), либо худой (этого, по ее мнению, ей никак не удается достигнуть). Никогда не ощущая контроля над ситуацией, она импульсивно прибегает к голоданию или перееданию, а затем провоцирует рвоту, чтобы поддерживать иллюзию самоконтроля. Сходство этой модели поведения с пограничным расстройством подтолкнуло многих специалистов к предположению, что между этими двумя проблемами есть прочная связь. И действительно, многие исследования подтверждают высокую долю пациентов с расстройствами личности среди тех, кто страдает от расстройств пищевого поведения, и, наоборот, частое возникновение расстройств личности у страдающих пищевыми расстройствами[17].

ПРЛ и компульсивное поведение

Отдельные виды компульсивного или деструктивного поведения могут свидетельствовать о пограничном расстройстве. Например, компульсивный игроман будет продолжать играть, несмотря на нехватку средств. Он может искать острых ощущений в мире, который обычно ему скучен, беспокоит его и приводит в оцепенение. Иногда в игромании выражается импульсивное стремление наказать себя. Магазинные воры часто крадут предметы, которые им даже не нужны. Половина булимиков проявляют признаки клептомании, наркомании или сексуальной распущенности[18]. Когда эти поведенческие реакции являются компульсивными, они могут свидетельствовать о потребности в ощущениях или в причинении себе боли.

Сексуальная распущенность часто отражает потребность в постоянной любви и внимании других для того, чтобы поддерживать положительный образ самого себя. Пограничной личности обычно не хватает последовательного и позитивного самоощущения, и поэтому ей постоянно нужна поддержка. Страдающая ПРЛ женщина с низкой самооценкой может воспринимать свою физическую привлекательность как единственный козырь и пытаться подтвердить свою ценность через частые сексуальные связи. Такие контакты избавляют ее от боли одиночества и создают искусственные отношения, которые она может полностью контролировать. Ощущая себя желанной, она также укрепляет ощущение собственной идентичности. Когда в психодинамике важную роль начинает играть самобичевание, в отношениях появляются унижения и мазохистские извращения. С этой точки зрения логично предположить, что многие проститутки, актеры и модели порно могут страдать ПРЛ.

Сложности в отношениях нередко оборачиваются ритуальным мышлением и поведением, зачастую проявляемым в обсессивной или компульсивной форме. Пограничная личность может начать страдать от специфических фобий, привлекая магическое мышление к борьбе со своими страхами; сексуальные извращения превращаются в механизм достижения близости.

Привлекательность культов

Страдающие ПРЛ люди стремятся к тому, чтобы их направляли и принимали, поэтому их могут привлекать сильные лидеры организованных групп. Секты для них бывают очень притягательными, обеспечивая моментальное и безусловное принятие, автоматическую близость и патерналистского лидера, которого легко

идеализировать. Пограничная личность может быть крайне уязвима перед таким черно-белым восприятием реальности, в котором «зло» персонифицируется во внешнем мире, а «добро» заключено внутри группы.

ПРЛ и суицид

Ни много ни мало 70% пациентов с ПРЛ совершают попытку суицида, а доля удавшихся попыток приближается к 10% — это почти в тысячу раз больше аналогичного показателя по населению в целом. В группе высокого риска среди подростков и молодежи (в возрасте 15–29 лет) ПРЛ было диагностировано в трети случаев суицида. Безнадежность, импульсивная агрессия, глубокая депрессия, употребление наркотиков и насилие в детстве являются факторами повышенного риска. Несмотря на то что тревожность часто ассоциируют с суицидом при других болезнях, страдающие ПРЛ пациенты со значительным уровнем тревожности, наоборот, менее склонны к самоубийству[19–21].

Клиническое определение пограничного расстройства личности

Действующее официальное определение пограничной патологии содержится в диагностических критериях пограничного расстройства личности в DSM-IV-TR[22]. Это определение делает упор на наглядное, наблюдаемое поведение.

Диагноз ПРЛ можно подтвердить, когда присутствуют как минимум пять из следующих девяти критериев.

«Другие оказывают на меня влияние, следовательно, я существую»

Критерий 1. Настойчивые попытки избежать реального или воображаемого одиночества

Как младенец не видит различия между временным отсутствием матери и ее «пропажей», так и пограничная личность часто воспринимает временное одиночество как вечную изоляцию. В результате она впадает в депрессию из-за реальной или воображаемой покинутости важными для нее людьми, а затем в ярость на весь мир (или на того, кто попадется под руку).

Страх одиночества у пациентов с ПРЛ можно даже измерить по работе мозга. Позитронно-эмиссионная томография, применявшаяся в одном из исследований, показала, что у женщин с ПРЛ происходили изменения в притоке крови к отдельным долям мозга при воспоминаниях об одиночестве[23]. Пограничные люди, особенно если им одиноко, могут утратить ощущение существования или собственной реальности. Им не близок декартовский принцип «я мыслю, следовательно, я существую», они живут в соответствии с философией, которую можно сформулировать как «другие оказывают на меня влияние, следовательно, я существую».

Теолог Пауль Тиллих писал, что «одиночество может победить лишь тот, кто способен вынести уединение». Из-за того что пограничному человеку так трудно терпеть уединение, он находится в плену нескончаемого метафизического одиночества, единственное спасение от которого приходит в форме физического присутствия других. Поэтому он так часто сломя голову бежит в бары для знакомств или в другие людные места, несмотря на

то что в результате часто сталкивается с разочарованием или даже жестокостью.

В фильме «Мэрилин: нерассказанная история» Норман Ростен вспоминал о том, как Мэрилин Монро ненавидела оставаться в одиночестве. Если вокруг нее постоянно не находились люди, она проваливалась в «бесконечную и пугающую» пустоту[24].

Для большинства из нас уединение — нечто желанное, ценное, редкая возможность заняться своими воспоминаниями и важными для нас вещами, шанс установить связь с самими собой, вновь открыть для себя, кто мы есть: «Стены пустой комнаты — это зеркала, которые бесконечное число раз отражают человека таким, каким он сам себя представляет», — так писал Джон Апдайк в «Кентавре».

Однако страдающий ПРЛ человек с едва заметным самоощущением смотрит лишь на пустые отражения. Уединение олицетворяет собой панику, которую он испытывал в детстве, лицом к лицу сталкиваясь с перспективой быть покинутым родителями: кто же тогда будет обо мне заботиться? Боль одиночества может ослабить лишь спасение воображаемым возлюбленным, что часто отражается в текстах несметного числа песен о любви.

Неустанный поиск мистера/мисс То-что-нужно

Критерий 2. Нестабильные и напряженные межличностные отношения с заметными переменами в отношении к другим (от идеализации до обесценивания или от острой зависимости до изоляции и избегания), а также с явными моделями манипулирования другими

Нестабильные отношения пограничного человека с другими прямо связаны с его непереносимостью изоляции

и страхом близости. Обычно пограничная личность зависима от своего партнера, супруга или друзей, привязана к ним и идеализирует их, пока они не оттолкнут ее каким-либо актом безразличия или отторжения, и тогда ее отбрасывает к другой крайности — он обесценивает их, противится близости и откровенно их избегает. Начинается постоянное перетягивание каната между потребностью в общности и заботе, с одной стороны, и страхом поглощения — с другой. Для пограничной личности такое поглощение означает уничтожение идентичности, потерю автономии и ощущения собственного существования. Пациент колеблется между желанием тесной связи, которая спасла бы его от опустошенности и скуки, и страхом близости, которая, как ему кажется, может украсть у него уверенность в себе и независимость.

В отношениях эти чувства резко преобразуются в напряженные, переменчивые и манипулятивные связи. Человек с ПРЛ часто выдвигает к другим нереальные требования и стороннему наблюдателю кажется избалованным. Манипулятивность выражается в жалобах на физическое состояние и ипохондрии, проявлениях слабости и беспомощности, провокациях и мазохистском поведении. Угрозы суицида или суицидальные жесты часто используются для привлечения внимания и помощи. Пограничная личность может прибегать к соблазнению как к стратегии манипуляции, даже если речь идет о человеке, с которым так себя вести неприлично и который для нее недоступен, как, например, врач или священник.

Несмотря на то что люди ПРЛ очень чувствительны к другим, истинная эмпатия им не присуща. Встреча с кем-то из знакомых, например с учителем, сотрудником или врачом, за рамками их обычного «места обитания» может привести пограничную личность в смятение, потому что

ей трудно представить, что у тех есть отдельная от их ролей жизнь. Более того, человек с ПРЛ может не понять или с крайней ревностью относиться к личной жизни своего врача или даже других знакомых пациентов.

Пациентам с ПРЛ не хватает «константности восприятия объектов», способности рассматривать других как сложных человеческих существ, которые при этом могут последовательно выстраивать отношения. Они воспринимают других, исходя из впечатлений последней встречи, а не на основе долгой серии взаимодействий. Таким образом, у пограничных личностей не формируется устойчивое, предсказуемое представление о другом человеке — они реагируют на него как на незнакомца при каждой встрече, словно страдая узконаправленной амнезией.

Из-за неспособности пациента видеть полную картину, учиться на ошибках и наблюдать в своем поведении закономерности он часто повторно вступает в разрушительные отношения. Женщины с ПРЛ, например, часто возвращаются к жестоким бывшим мужьям, которые продолжают подвергать их насилию; мужчины же часто сходятся с похожими, не подходящими им партнершами, повторяя прошлые садомазохистские привязанности. Поскольку зависимость пограничных личностей часто скрывается под личиной страсти, они продолжают свои разрушительные отношения, «потому что я ведь его/ее люблю». Позднее, когда отношения распадаются, один из партнеров нередко винит в этом патологию другого. Так что в кабинете психоаналитика часто можно услышать: «Моя первая жена была пограничной!»

Нескончаемый «квест» для пограничной личности — найти идеального опекуна, который даст все и всегда будет рядом. Поиски часто приводят к партнерам

с взаимодополняющей патологией: при этом обоим не хватает способности понять свою взаимную разрушительность. Например, Мишель отчаянно нуждается в защите и утешении мужчины. Марк демонстрирует бравурную самоуверенность; даже несмотря на то что она маскирует его внутреннюю слабость, для Мишель этого оказывается достаточно. Как Мишель нуждается в благородном рыцаре Марке, так и Марку нужна Мишель, которая будет беспомощной и зависимой от его великодушия. Через какое-то время оба не смогут соответствовать приписанным им стереотипам. Марк не способен зализать нарциссические раны от проблем и неудач и начинает заливать свое разочарование алкоголем, при этом избивая Мишель. Мишель ощетинивается под его деспотичным игом, но пугается, когда видит его слабость. Неудовлетворенность приводит к новым провокациям и конфликтам.

Презирающий себя человек с ПРЛ постоянно не доверяет проявлениям заботы о нем со стороны других. Как Граучо Маркс, он никогда не станет вступать в клуб, который готов включить его в свои члены. Например, Сэм, 21-летний студент колледжа, жаловался психологу главным образом на то, что ему «нужна девушка». Будучи привлекательным молодым человеком и имея серьезные проблемы в межличностном общении, он обычно тянулся к женщинам, которые ему казались недоступными. Однако каждый раз, когда его попытка завязать знакомство удавалась, он тут же обесценивал принявшую ее женщину, и она переставала быть для него желанной.

Все эти качества мешают пограничной личности достичь реальной близости. Как говорила Кэрри, «несколько мужчин хотели жениться на мне, но у меня есть большая проблема со сближением и с физическими

прикосновениями. Я этого не выношу». Кажется, что человеку с ПРЛ недостает независимости, чтобы он мог нуждаться в ком-то, не впадая в крайности. Истинная близость приносится в жертву требовательной зависимости и отчаянной потребности сойтись с другим человеком для дополнения собственной идентичности, этаким духовным сиамским близнецом. «Ты меня дополняешь» — эта известная фраза из «Джерри Магуайера» превращается в недостижимую цель.

Кто я?

Критерий 3. Заметное и устойчивое расстройство идентичности, выражающееся в неустойчивости самоощущения и собственного образа

Пограничным личностям не хватает устойчивого ядра идентичности, так же как им не хватает устойчивого ядра для концептуализации других. Пограничная личность воспринимает свой интеллект, привлекательность и чувствительность не как некие постоянные черты, а скорее как сравнительные качества, которые непрестанно подвергаются переоценке и соизмеряются с аналогичными качествами других. Например, женщина с ПРЛ может считать себя умной, основываясь на результатах только что проведенного теста на IQ. Но чуть позднее в тот же день она совершит «глупую ошибку» и снова решит, что она «тупая». Или она кажется себе привлекательной, пока не увидит более симпатичную, с ее точки зрения, женщину, — и снова будет считать себя «уродиной». Безусловно, человек с ПРЛ может позавидовать способности моряка Попая принимать себя, говоря: «Я такой, какой есть». Как и в близких отношениях, пограничные личности страдают от своеобразной амнезии — только в отношении самих себя. Прошлое затемняется; человек

становится похож на требовательного босса, который постоянно спрашивает себя и других: «Да, и что? Что ты сделал для меня за последнее время?»

Для пациента с ПРЛ идентичность представляет собой подобие кривой на графике. Кто он и что он делает сегодня, определяет его ценность; то, что было раньше, не принимается во внимание. Он не позволяет себе почивать на лаврах. Как Сизиф, он обречен раз за разом катить наверх огромный камень, доказывая себе свою ценность снова и снова. Высокой самооценки пограничная личность способна достигнуть, только если производит впечатление на других, так что для ее способности любить себя критическим становится стремление всем понравиться.

В своей книге «Мэрилин» Норман Мейлер описывает, как погоня Мэрилин Монро за идентичностью стала для нее основной движущей силой, поглощая все аспекты ее жизни:

> Что за навязчивая идея эта идентичность! Мы ищем ее, ибо, пребывая в рамках собственного «я», каким-то краешком своего существа ощущаем, что мы искренни, когда говорим, что мы действительно *существуем*, и это локальное чувство самоудовлетворенности скрывает в себе экзистенциальную тайну, не менее важную для психологии, нежели cogito ergo sum [мыслю, следовательно, существую], иными словами, эмоциональное состояние, обусловленное подобным самоощущением, почему-то настолько предпочтительнее ощущения внутренней пустоты, что для его носителей — таких, как Мэрилин, — может стать более мощным побудительным стимулом, чем сексуальный инстинкт, стремление к высокому общественному положению или богатству. Некоторые скорее пожертвуют любовью или собственной безопасностью, нежели рискнут утратить комфорт обладания идентичностью[25].

Позднее Мэрилин нашла поддержку в актерской игре, и особенно в так называемом «Методе»:

> Согласно «Методу», актеры должны были *выигрываться*; эта техника разработана по аналогии с психоанализом, чтобы давать выход лавине эмоций и таким образом позволить актеру заглянуть в глубины себя, чтобы потом овладеть собой настолько, чтобы им могла овладеть его роль. Волшебная метаморфоза. Здесь можно упомянуть Марлона Брандо в «Трамвае "Желание"». Отдаться во власть роли — это как *сатори* (или интуитивное просветление) для актера, потому что его идентичность может казаться ему цельной, только пока он живет в роли[26].

Борьба пограничного человека за свою устойчивую идентичность связана с доминирующим ощущением того, что он «ненастоящий», что он всего лишь «притворяется». Большинство из нас в разные периоды жизни испытывают нечто подобное. Например, поступая на новую работу, мы стараемся излучать напускную уверенность и ученость. С опытом эта уверенность постепенно становится все более естественной, потому что теперь мы во всем разобрались и нам больше нет смысла притворяться. Как писал Курт Воннегут, «мы те, кем мы притворяемся». Или, как говорят некоторые, «притворяйся, пока у тебя не станет получаться по-настоящему».

Человек с ПРЛ никогда не достигает такой степени уверенности. Ему продолжает казаться, что он притворяется, и он постоянно боится, что его вот-вот «раскроют». Это особенно актуально в случаях, когда он добивается какого-либо успеха — он чувствует себя не на своем месте, свою удачу — незаслуженной.

Это хроническое ощущение притворства и симуляции, возможно, происходит из детства. Как мы рассмотрим в главе 3, будущий пациент с ПРЛ часто растет с ощущением фальши из-за различных внешних обстоятельств: физического или сексуального насилия, необходимости взять на себя роль взрослого, например, ухаживая за

больным родителем. Другая крайность — когда человеку всячески не дают взрослеть и отделяться от родителей и он на долгие годы оказывается в ловушке зависимой детской роли. Во всех этих ситуациях пограничная личность никогда не достигает полноценного самоощущения, но продолжает «притворяться», играя роль, отведенную ей кем-то другим. Если человек, страдающий ПРЛ, не справляется с ролью, он боится наказания; если же игра ему удается, он уверен, что вскоре обман будет раскрыт и за этим последует унижение.

Стремление к иллюзорному совершенству часто бывает неотъемлемой частью пограничной модели поведения. Например, анорексик с ПРЛ старается поддерживать низкий вес и приходит в ужас от прибавки даже полкило, при этом совершенно не осознавая, что такие ожидания по отношению к себе нереалистичны. Воспринимая свое состояние как нечто статичное, а не как динамический процесс перемен, пограничные личности могут рассматривать любое отклонение от этой жесткой картины самовосприятия как ее полное разрушение.

Бывают и обратные ситуации, когда пограничные личности ищут утешение противоположным образом, часто меняя работу, карьеру, цели, друзей, а иногда даже пол. Ища новизны и совершая резкие перевороты в своем образе жизни, они надеются достичь душевного удовлетворения. Некоторые случаи так называемого кризиса среднего возраста или мужского климакса представляют собой попытку отогнать страх смерти или справиться с разочарованностью своим жизненным выбором. Подросток с ПРЛ может постоянно менять круг друзей, метаясь от «качков» к «раздолбаям», а от них к «умникам» или «гикам» в надежде ощутить принадлежность к чему-то и быть принятым в группу. Даже сексуальная

идентичность иногда становится источником путаницы для пограничных личностей. Некоторые исследователи отмечают возросшую долю гомосексуалов, бисексуалов, а также склонных к сексуальным извращениям среди пациентов с ПРЛ[27].

Пограничной личности особо притягательными кажутся культовые группы, сулящие безусловное принятие, структурированные социальные рамки, ограниченные и четко очерченные пределы идентичности. Когда идентичность и система ценностей индивида сливаются с принимающей группой, ее лидер приобретает экстраординарную власть, вплоть до того, что он может убеждать последователей копировать свои действия, даже фатальные, что было продемонстрировано массовым самоубийством в Джонстауне в 1978 году, роковым столкновением с представителями группы «Ветвь Давидова» в 1993-м и массовыми суицидами членов секты «Врата рая» в 1997-м.

После отчисления из колледжа Аарон попытался облегчить ощущение бессмысленности жизни, присоединившись к «мунитам»*. Через два года он покинул секту, однако еще через два года бесцельного скитания по разным городам и смены разных мест работы вернулся. Десять месяцев спустя он вновь покинул группу, но на этот раз, так и не сумев найти четких целей и понять, кем он был и чего хотел, Аарон предпринял попытку суицида.

Феномен «группового суицида», особенно среди подростков, может отражать слабость формирования идентичности. Число суицидов по стране резко подскакивает

* Распространенное в народе название членов секты «Церковь объединения», от англ. «Moonies», по имени основателя Мун Сон Мена. — *Примеч. пер.*

после самоубийства известной личности, кого-то вроде Мэрилин Монро или Курта Кобейна. Аналогичная динамика может наблюдаться и среди подростков с нетвердой конструкцией идентичности: они восприимчивы к суицидальным тенденциям лидера их группы сверстников или иных суицидальных групп подростков в том же регионе.

Импульсивный характер

Критерий 4. Импульсивность в проявлениях как минимум двух видов потенциально деструктивного поведения, такого как злоупотребление алкоголем и наркотиками, неразборчивость в сексуальных связях, игромания, опасное вождение, кражи в магазинах, чрезмерные траты, переедание

Поступки человека с ПРЛ могут быть внезапными и внутренне противоречивыми, поскольку они основываются на сильных сиюминутных чувствах и восприятии, представляющем собой отдельные несвязные картинки из жизненного опыта. Настоящее существует для него как бы в отрыве от уроков прошлого опыта и ожиданий от будущего. Из-за того что ему недоступны понятия исторических циклов, последовательности и предсказуемости, он повторяет одни и те же ошибки снова и снова. Вышедший на экраны в 2001 году фильм «Помни» метафорически описывает то, с чем регулярно сталкивается пограничная личность. Страдающий от потери кратковременной памяти страховой следователь Леонард Шелби вынужден увешивать всю свою комнату полароидными снимками и стикерами с заметками и даже набивать татуировки, чтобы напоминать себе о том, что случилось всего несколько часов или минут назад. (В одной сцене с погоней, когда он пытается отомстить за убийство своей жены, он даже не может вспомнить, убегает ли он или догоняет врага!) Фильм довольно трагично иллюстрирует

одиночество человека, постоянно чувствующего себя так, будто он только что проснулся. Небольшой запас терпения пограничных личностей и их потребность в немедленном вознаграждении могут быть связаны с поведением, определяющим другие критерии ПРЛ: импульсивный конфликт или ярость могут произрастать из разочарования слишком буйными отношениями (критерий 2); резкие смены настроения (критерий 6) могут привести к импульсивным всплескам; неуместные взрывы ярости (критерий 8) могут быть следствием неспособности контролировать свои порывы; саморазрушение или нанесение себе вреда (критерий 5) может быть результатом подавленности и расстройств. Часто импульсивные поступки, такие как злоупотребление наркотиками и алкоголем, служат защитным механизмом от одиночества и ощущения покинутости.

Джойс к 31 году пережила развод и все чаще обращалась за утешением к алкоголю после расставания с мужем и его нового брака. Несмотря на свою привлекательность и таланты, она запускала работу и все больше времени проводила в барах. Как она позднее выразилась, «я сделала себе карьеру из избегания». Когда боль одиночества и чувство покинутости становились невыносимыми, она обращалась к алкоголю как к анестетику. Иногда она знакомилась с мужчинами и ехала с ними к себе домой. Что характерно, после таких алкогольных и сексуальных кутежей ее снедало чувство вины и ощущение того, что она заслужила быть брошенной мужем. Затем этот цикл начинался по новой, по мере того как ей требовалось все более сильное наказание за свою негодность. Таким образом, саморазрушение стало для нее одновременно способом избежать боли и причинить ее себе в качестве искупления грехов.

Саморазрушение

Критерий 5. Периодически повторяющиеся угрозы суицида, суицидальные жесты или поведение, намеренное нанесение себе телесных повреждений

Угрозы суицида и суицидальные жесты являются выдающимися признаками ПРЛ и одновременно отражают склонность пограничных пациентов ко всеподавляющей депрессии и безнадежности и умение манипулировать окружающими.

Эпизоды нанесения себе увечий среди пограничных личностей встречаются довольно часто, в 75% случаев, и подавляющее большинство из таких пациентов предпринимают как минимум одну попытку суицида[28]. Зачастую регулярные угрозы или неуверенные попытки суицида объясняются не желанием умереть, а скорее попыткой рассказать о своей боли и попросить о помощи. К сожалению, повторяясь раз за разом, эти суицидальные жесты часто приводят к обратному: окружающим надоедает такое поведение, и они прекращают на него реагировать, что может привести к прогрессирующей серьезности последующих попыток. Суицидальное поведение — это один из самых сложных симптомов ПРЛ для семьи и врачей больных: попытки с ним справиться могут привести к бесконечной и непродуктивной конфронтации; игнорирование же грозит летальным исходом (см. главы 6–8). Несмотря на то что определяющие критерии ПРЛ со временем проявляются в меньшей степени, риск суицида сохраняется на протяжении всей жизни[29]. Пограничные личности, в детстве пережившие эпизоды сексуального насилия, в десять раз более склонны предпринимать попытки суицида[30].

Еще один признак ПРЛ — нанесение себе увечий, за исключением случаев, когда оно явно ассоциируется с психозом. Это поведение связано с ПРЛ гораздо теснее любого другого психического недуга и может проявляться в повреждении гениталий, конечностей или туловища. Для таких пограничных пациентов тело становится своеобразной картой, на которой отмечен маршрут из шрамов длиною в жизнь. Чаще всего используются бритвы, ножницы, ногти и зажженные сигареты; помимо этого, причинять себе вред можно чрезмерным употреблением алкоголя, наркотиков или даже еды.

Часто нанесение себе увечий начинается в виде импульсивного акта самонаказания, но со временем становится тщательно продуманным ритуалом. В таких случаях пограничный человек может осторожно покрывать шрамами части тела, скрытые под одеждой, что иллюстрирует его крайнюю амбивалентность: он чувствует тягу к наглядному самобичеванию, но все же скрывает свидетельства своей беды. Несмотря на то что многие люди делают татуировки исключительно с декоративными целями, растущая популярность татуировок и пирсинга на уровне всего общества в последние пару десятилетий может быть не столько модным трендом, сколько отражением нарастающих пограничных тенденций в обществе (см. главу 4).

Дженнифер (см. главу 1) удовлетворяла свою потребность в боли, царапая запястья, живот и талию, оставляя глубокие отметины от ногтей, которые легко можно было прикрыть.

Иногда стремление себя наказать принимает менее очевидные формы. Пограничная личность может часто становиться жертвой непрекращающихся «квазиинцидентов», провоцировать драки. В таких ситуациях она

чувствует меньше личной ответственности: жестокость обеспечивают обстоятельства или другие люди.

Например, когда Гарри расстался с девушкой, он винил в этом своих родителей. Ему казалось, что они недостаточно его поддерживали и были слишком недружелюбными, и, когда его роман закончился спустя шесть лет, он оказался совершенно покинутым. В свои 28 он продолжал жить в квартире, за которую платили его родители, и время от времени работал в отцовском офисе. Ранее он уже предпринимал попытку суицида, но решил, что не хочет «оказывать такую услугу» своим родителям. Вместо этого он начал вести себя все более опасно. Он несколько раз попадал в автомобильные аварии, в том числе пьяным, и продолжал садиться за руль, несмотря на лишение прав. Он был завсегдатаем баров, где иногда ввязывался в драки с куда более сильными противниками. Гарри признавал деструктивность своего поведения и иногда хотел, чтобы «в какой-нибудь из этих передряг я бы просто умер».

Это драматичное саморазрушительное поведение и угрозы можно объяснить несколькими способами. Причинение себе боли отражает потребность пограничной личности в чувствах, ее стремление вырваться из капсулы оцепенения. Пациенты с ПРЛ формируют вокруг себя своего рода изолирующий пузырь, который не только защищает их от эмоциональной боли, но еще и служит барьером между ними и ощущением реальности происходящего. В этой ситуации боль становится для них важной связкой с существованием. Однако зачастую причиняемая себе боль недостаточно сильна для преодоления этого барьера (хотя сам вид крови и шрамов может привлекать их), и в этом случае фрустрация может подталкивать пациентов к более усердному причинению себе боли.

Физическая боль также может быть способом отвлечься от других форм страдания. Одна пациентка в моменты одиночества и страха резала разные части своего тела, чтобы «отвлечься» от своих переживаний. Другая доводила себя до мучительной нервной мигрени. Так что одна из самых распространенных причин, заставляющих людей с ПРЛ причинять себе вред, — это стремление снять внутреннее напряжение[31].

Описываемое поведение может также служить методом искупления грехов. Один мужчина, будучи подавленным чувством вины после распада его семьи, за который он считал ответственным только себя, постоянно пил джин — вкус которого он ненавидел — до момента, пока его не начинало рвать. Только перенеся этот дискомфорт и унижение, он считал, что искупил свою вину, и мог вернуться к своим обычным делам.

Иногда болезненное саморазрушительное поведение помогает удержаться от действий, которые, по ощущениям самого больного, опасно выходят из-под контроля. Один подросток резал себе руки и пенис, чтобы перестать мастурбировать — он считал это занятие отвратительным. Он надеялся, что воспоминание о боли не даст ему продолжать доставлять себе удовольствие таким неприемлемым для него способом.

Импульсивные саморазрушительные действия (или угрозы таковых) могут быть и следствием желания наказать другого человека, чаще всего кого-то близкого. Одна женщина регулярно описывала свое развратное поведение (часто включающее мазохистские и унизительные ритуалы) своему молодому человеку. Такие связи возникали у нее исключительно тогда, когда она злилась и хотела его наказать.

Ну и наконец, саморазрушение может происходить из манипулятивного стремления получить сочувствие и помощь. Одна женщина после ссоры со своим партнером все время резала себе запястья в его присутствии, заставляя его оказывать ей медицинскую помощь.

Многие люди с ПРЛ отрицают, что чувствуют боль во время самоистязаний, и даже сообщают об умеренной эйфории сразу после этого. До того как они причиняют себе боль, они могут испытывать сильное напряжение, злость или подавляющую печаль; после они ощущают избавление от тревоги и облегчение.

Это облегчение может быть обусловлено психологическими или физиологическими причинами, а также их сочетанием. Врачи уже давно признали, что после серьезных физических травм, таких как ранение, полученное в бою, пациент может ощущать неожиданное спокойствие, находясь под действием своеобразной естественной анестезии, несмотря на отсутствие медицинской помощи. Некоторые предполагают, что в такие моменты организм производит биологические соединения — эндорфины — для саморегуляции боли.

Резкие смены настроения

Критерий 6. Эмоциональная нестабильность вследствие реактивных смен настроения с эпизодами депрессии, раздражительности или тревожности, обычно продолжающимися несколько часов, редко — несколько дней

Пограничная личность часто проходит через внезапные смены настроения, причем приступ длится недолго — обычно не более нескольких часов. Ее обычное состояние не спокойное и контролируемое, а скорее гиперактивное

и необузданное или же пессимистичное, циничное и депрессивное.

Одри испытывала головокружительную радость, покрывая Оуэна поцелуями после того, как он купил ей цветы по дороге домой с работы. Пока он мыл руки перед ужином, Одри поговорила по телефону с матерью, которая в очередной раз упрекнула дочь за то, что она не звонит ей справиться о ее постоянных болезнях. К тому времени, когда Оуэн вернулся из ванной, Одри превратилась в бушующую ведьму и обрушилась на него с криком за то, что он ей не помогает с ужином. Ему ничего не оставалось, кроме как ошарашенно сидеть и дивиться этому преображению.

Всегда наполовину пуст

Критерий 7. Хроническое ощущение пустоты

В отсутствие внутреннего чувства идентичности пограничные люди часто мучаются от одиночества, которое побуждает их искать способы заполнить «пустоты».

На это болезненное, почти физическое ощущение жаловался еще шекспировский Гамлет: «Последнее время — а почему, я и сам не знаю — я утратил всю свою веселость, забросил все привычные занятия; и, действительно, на душе у меня так тяжело, что эта прекрасная храмина, земля, кажется мне пустынным мысом».

Толстой определял скуку как «желание желать»; в этом контексте можно увидеть, что стремление пограничной личности найти способ отогнать скуку часто заканчивается импульсивными рискованными начинаниями, приводящими к деструктивным действиям и печальным отношениям. Во многих смыслах пограничная личность

ищет новых отношений или опыта не ради их позитивных аспектов, но чтобы избежать ощущения пустоты, повторяя экзистенциальные судьбы персонажей Сартра, Камю и других философов.

Пограничный человек часто испытывает своеобразный экзистенциальный страх, что может стать крупной преградой на пути к исцелению, ослабляя мотивацию работать над собой. Многие другие черты ПРЛ происходят от этого ощущения. Суицид в таком случае иногда кажется единственным разумным выходом из вечного состояния пустоты. Потребность заполнить этот вакуум или прогнать скуку может привести к взрывам ярости и саморазрушительной импульсивности, и особенно к наркотической зависимости. Заброшенность ощущается острее, страдают отношения. В пустой оболочке невозможно сформировать устойчивое самоощущение. А нестабильность настроения нередко бывает вызвана одиночеством. И действительно, депрессия и ощущение опустошенности часто усиливают друг друга.

Бушующий бык

Критерий 8. Неуместные и интенсивные проявления злости, неспособность контролировать гнев, выражающаяся в частой демонстрации нрава, постоянной ярости, регулярных физических столкновениях

Наряду с эмоциональной нестабильностью злость — самый устойчивый во времени симптом ПРЛ[32].

Всплески ярости пограничной личности непредсказуемы и пугающи. Сокрушительность реакции обычно совершенно непропорциональна тем неудачам, которые ее вызвали. Домашние скандалы, доходящие до погони с кухонным ножом и швыряния тарелок, — типичные

для человека с ПРЛ проявления ярости. Злость может быть спровоцирована какой-то конкретной (и часто довольно тривиальной) обидой, но эта искра поджигает целую пороховую бочку страха, происходящего из угрозы разочарования и одиночества. После небольшого спора о художественных стилях Винсент Ван Гог схватил нож и бегал с ним за своим хорошим приятелем Полем Гогеном, пока тот не вылетел за дверь. Затем Ван Гог обернул свою ярость против себя и тем же самым ножом отрезал себе часть уха.

Такая мощная и легковоспламеняющаяся злоба часто направляется на ближайших родственников пограничной личности: супругов, детей, родителей. Такое поведение может быть криком о помощи, тестом на преданность или страхом близости, но, какими бы ни были ее побуждающие факторы, она отталкивает от пограничного человека тех, кто больше всему ему нужен. Супруг, друг, партнер или член семьи, который остается с ним, несмотря на все эти нападки, может быть очень терпеливым и понимающим или же, в некоторых случаях, тоже крайне неуравновешенным. Перед лицом таких извержений проявлять эмпатию довольно трудно, и близким пограничного человека приходится использовать все доступные ресурсы, чтобы справиться с такими отношениями (см. главу 5).

Ярость часто переносится и в терапевтическую обстановку, и тогда психиатры и другие специалисты по психическим заболеваниям становятся ее мишенью. Например, Кэрри часто злилась на своего врача, постоянно изыскивая способы проверить его на прочность и готовность продолжать с ней работать. В таких ситуациях лечение становится опасным (см. главу 7), и многие специалисты по этой причине были вынуждены бросать работу с пограничными пациентами. Большинство психоаналитиков

по возможности стараются ограничить число своих пациентов с ПРЛ.

Иногда я веду себя, как сумасшедший

Критерий 9. Проходящие, связанные со стрессами параноидальные идеи или симптомы серьезной диссоциации

Самое распространенное психотическое переживание среди пограничных пациентов — ощущение нереальности происходящего и параноидальная мания. Чувство нереальности предполагает диссоциацию, отрыв от привычных форм восприятия. Сам человек или окружающие кажутся ненастоящими. Некоторые пациенты с ПРЛ испытывают нечто похожее на внутренний раскол, когда им кажется, что в разных ситуациях проявляются разные аспекты их личности. Искажение восприятия может затрагивать любые из пяти чувств.

В некоторых случаях пограничные личности впадают во временный психоз, когда сталкиваются со стрессовыми ситуациями (например, ощущением одиночества) или оказываются в малоструктурированной обстановке. Например, психиатры наблюдали эпизоды психоза во время классических сеансов психоанализа, когда сильный акцент делается на свободных ассоциациях и раскрытии травм прошлого в неструктурированной обстановке. Психоз также может быть вызван употреблением запрещенных препаратов. В отличие от пациентов с психотическими заболеваниями, такими как маниакальная шизофрения, психотическая депрессия или органические заболевания и наркотическая зависимость, пограничный психоз обычно короче по времени и воспринимается пациентом более остро и пугающе, радикально отличаясь от его обычного опыта. И тем не менее

для внешнего мира острый психоз при ПРЛ может быть неотличим от психотических переживаний при других заболеваниях. Главное отличие в продолжительности: в течение нескольких часов или дней разрывы в реальности исчезают, и пограничная личность возвращается к нормальной жизни, в отличие от страдающих другими формами психоза.

Пограничная мозаика

ПРЛ постепенно открыто признается специалистами по психиатрии как один из самых распространенных в стране недугов. Профессионалы должны уметь распознавать черты ПРЛ, чтобы эффективно лечить огромное число пациентов. Обычные люди должны знать об этом расстройстве, чтобы лучше понять тех, с кем они делят жизнь.

Переваривая эту главу, проницательный читатель заметит, что указанные симптомы часто проявляются во взаимодействии; они скорее похожи не на изолированные озера, а на потоки, которые подпитывают друг друга и в конце концов сливаются в реки, а затем в заливы или океаны. Более того, они еще и взаимозависимы. Глубокие борозды, оставленные этими потоками эмоций, покрывают не только пограничных людей, но и части культуры, внутри которой они существуют. В следующей главе будет рассмотрено, как формирование этих отметин в отдельных индивидах отражается на нашем обществе.

ГЛАВА 3

Первопричины пограничного синдрома

> Все счастливые семьи похожи друг на друга, каждая несчастливая семья несчастлива по-своему.
>
> *Лев Толстой. Анна Каренина*

Взросление Дикси Андерсон далось отнюдь не легко. Ее отец редко бывал дома, а когда бывал, то почти всегда молчал. На протяжении долгих лет она даже не имела понятия, чем он зарабатывал на жизнь, просто знала, что его все время нет. Мать Дикси Маргарет называла его «трудоголиком». Все свое детство Дикси чувствовала, что мать что-то скрывает, хотя никогда и не знала наверняка, в чем же было дело.

Но когда Дикси исполнилось 11, все изменилось. Как говорила ее мама, она «рано созрела», хотя Дикси и не совсем понимала, что она имела в виду. Но девочка видела, что ее отец вдруг стал проводить дома больше времени, чем когда-либо, а также был к ней более внимательным. Дикси нравилось его внимание и ощущение власти над ним, когда он заканчивал ее трогать. После этого он делал все, что она попросит.

Примерно в то же время Дикси вдруг стала более популярной в их богатом районе в пригороде Чикаго. Ребята

стали предлагать ей свои секретные заначки травки, а несколько лет спустя — грибы и экстази.

В школе Дикси скучала. Посреди учебного дня она могла затеять драку с кем-то из других ребят, которые вообще ее не трогали: она была хулиганкой; она была крутой; у нее были друзья и наркотики. Однажды она даже ударила своего учителя по естествознанию, который казался ей реальным придурком. Он это воспринял не очень хорошо и пошел к директору. Тот исключил Дикси из школы.

В 13 лет она впервые побывала у психиатра, который поставил ей диагноз «гиперактивность» и лечил ее несколькими препаратами, которые и близко не могли сравниться с марихуаной. Она решила сбежать. Собрала рюкзак на пару дней, села на автобус до трассы, встала голосовать на обочине и через несколько минут уже ехала в Лас-Вегас.

Маргарет казалось, что Дикси ничем нельзя было угодить. Дикси, очевидно, унаследовала гены своего отца — все время критиковала внешний вид Маргарет и то, как она вела хозяйство. Маргарет испробовала все, чтобы сбросить вес, — амфетамины, алкоголь, даже операцию на желудке, — и ничто ей не помогало. Она всегда была толстой и всегда будет такой.

Дикси была единственным лучиком света в жизни Маргарет. Ее вторая дочь, Джули, страдала ожирением уже в 5 лет и казалась просто пустой тратой времени. Но ради Дикси мать была готова на все. Она цеплялась за дочь как за спасительную соломинку. Но чем крепче держалась за нее Маргарет, тем сильнее это раздражало Дикси. Она стала требовать все больше, устраивала истерики и кричала из-за полноты своей матери. Врачи ничем не могли помочь Маргарет; они говорили, что она страдает

от маниакально-депрессивного психоза и зависимости от алкоголя и амфетаминов. В последний раз, когда Маргарет была в больнице, ее лечили электрошоком. И теперь, когда Роджер ушел, а Дикси все время убегала, мир Маргарет постепенно стал сжиматься.

Спустя несколько безумных месяцев в Лас-Вегасе Дикси отправилась в Лос-Анджелес, где все шло точно так же: ей обещали машины, деньги и веселье. Ну, ее действительно катали во многих машинах, но веселья было мало. Ее друзья оказались «лузерами», и иногда ей приходилось спать с каким-нибудь парнем, просто чтобы «одолжить» пару баксов. Наконец с несколькими долларами в карманах джинсов она отправилась домой.

Приехав, Дикси обнаружила, что Роджер ушел, а ее мать погрязла в густом тумане депрессии и наркотического оцепенения. Неудивительно, что такое уныние вскоре подтолкнуло Дикси к возобновлению ее алкогольных и наркотических привычек. В 15 ее дважды госпитализировали с передозировкой, и она прошла массу врачей. В 16 она забеременела от мужчины, которого встретила за пару недель до этого. Узнав о беременности, она вскоре вышла за него замуж.

Семь месяцев спустя, когда родилась Ким, брак начал распадаться. Муж Дикси был слабым и пассивным олухом, который не мог взяться за свою жизнь, не говоря уже о том, чтобы обеспечить нормальные условия для ребенка.

Когда младенцу было полгода, брак окончательно развалился, и Дикси с Ким переехали к Маргарет. Именно тогда Дикси стала одержима своим весом. Она могла не есть целыми днями, потом неистово объедаться, чтобы вызывать рвоту и спустить все это в унитаз. То, от чего

она не могла избавиться рвотой, она удаляла другими способами: пачками засыпала в себя слабительное, как если бы это были конфеты. Она делала упражнения, пока вся ее одежда не пропитывалась потом, а сама она едва могла двигаться. Килограммы уходили, забирая с собой, однако, ее здоровье и настроение. У нее прекратились менструации, ослабла способность к концентрации. Жизнь загоняла ее в депрессию, и впервые суицид начал казаться ей реальным выходом.

Оказавшись в больнице, она поначалу чувствовала себя в комфорте и безопасности, но вскоре вернулось ее прежнее «я». На четвертый день она уже пыталась соблазнить врача; когда он не реагировал, она угрожала ему всевозможными наказаниями. Она требовала особых привилегий и повышенного внимания от медсестер, отказываясь участвовать в общих занятиях отделения.

Так же внезапно, как она попала в больницу, Дикси объявила себя здоровой и потребовала выписки всего через несколько дней после начала лечения. На протяжении следующего года она несколько раз возвращалась туда. Она также посетила нескольких психотерапевтов, но никто из них не знал, как лечить ее резкие перемены настроения, депрессию, одиночество, импульсивность в обращении с мужчинами и с наркотиками. Она начала сомневаться, что когда-нибудь сможет быть счастлива.

Довольно быстро Маргарет и Дикси снова начали ругаться и кричать друг на друга. Маргарет словно опять смотрела на взрослеющую себя, повторяющую все те же ошибки. Наблюдать это дальше было для нее просто невыносимо.

Отец Маргарет напоминал Роджера — одинокий, несчастный человек, мало общего имевший со своими близкими.

Ее мать управляла семьей почти так же, как сама Маргарет. И так же, как Маргарет цеплялась за Дикси, ее мать держалась за нее саму, отчаянно пытаясь направлять каждый ее шаг. Маргарет была по горло сыта идеями и чувствами своей матери — их хватило бы на целую роту. К 16 годам она ужасно располнела и принимала огромное количество амфетаминов, выписанных семейным доктором для подавления аппетита. К 20 годам она пила алкоголь и принимала таблетки, чтобы отвыкнуть от амфетамина.

Мать Маргарет никогда не была ею довольна, а постоянная битва за контроль между ними все не утихала. Не умела Маргарет радовать и свою собственную дочь или мужа. Она поняла, что никогда не могла сделать счастливым кого бы то ни было, даже себя. И все же она упорно пыталась понравиться тем, кто этого не хотел.

Теперь, когда Роджер ушел, а Дикси была так больна, жизнь Маргарет, казалось, рассыпалась на части. Дикси наконец рассказала своей матери, как Роджер ее домогался. А сам Роджер, прежде чем уйти, распинался про всех своих женщин. Несмотря на это, Маргарет все еще скучала по нему. Она знала, что он одинок, как и она сама.

Дикси осознала, что пришло время чем-то помочь своему чудовищному семейству или хотя бы себе самой. Начать следовало с поиска работы, чтобы отвлечься от постоянной скуки. Но Дикси была девятнадцатилетней девушкой, даже не окончившей среднюю школу, с двухлетним ребенком на руках и без мужа.

С характерным для нее маниакальным рвением она набросилась на программу средней школы и через несколько месяцев получила диплом. Спустя еще несколько дней

Дикси уже подавала заявления на кредиты и гранты, чтобы поступить в колледж.

Маргарет начала заботиться о Ким, и казалось, что у этого начинания есть шанс на успех: воспитание Ким придало жизни Маргарет какой-то смысл, Ким получала необходимый уход, а у Дикси появилось время, чтобы осуществить свою новую жизненную миссию. Но вскоре система дала первые трещины: Маргарет иногда была слишком пьяна или страдала от депрессии и не могла заботиться о ребенке. Когда это происходило, у Дикси находилось одно простое решение: она угрожала забрать у Маргарет Ким. Бабушка и внучка очевидно и отчаянно нуждались друг в друге, так что Дикси полностью контролировала свое семейство.

Все это время Дикси еще умудрялась находить возможность встречаться с мужчинами, хотя ее связи с ними обычно быстро заканчивались. Казалось, она строго следовала одной модели поведения: как только мужчина начинал к ней привязываться, ей становилось скучно. Ее привлекали мужчины постарше, недоступные для нее: врачи, женатые знакомые, профессора; но, как только они отвечали на ее флирт, она тут же теряла к ним интерес. Молодые мужчины, с которыми она встречалась, все как один принадлежали к религии, строго запрещавшей секс до свадьбы.

Дикси избегала женщин и не дружила с ними. Женщины казались ей слабыми и неинтересными. В мужчинах же, по крайней мере, была какая-то суть. Она считала их дураками, если те отвечали на ее заигрывания, и ханжами, если игнорировали их.

Со временем чем больше Дикси преуспевала в учебе, тем ей становилось от этого страшнее. Она могла преследовать

определенную цель — образование, какого-то конкретного мужчину — неустанно, почти одержимо, но каждый успех подгонял ее, заставлял выдвигать еще более высокие и недостижимые требования. Несмотря на хорошие оценки, она взрывалась от ярости и угрожала убить себя, когда на экзамене отвечала хуже, чем ожидала.

В такие моменты мать пыталась ее утешить, но Маргарет тоже становилась одержима суицидом, и часто их роли менялись. Мать и дочь снова путешествовали по больницам и обратно, пытаясь победить депрессию и зависимость.

Как ее мать и бабушка, Ким почти не знала своего отца. Иногда он приходил в гости; иногда она приезжала в дом, где он жил со своей матерью. Всегда казалось, что ему с ней очень неловко.

Из-за отстраненности своей матери и недееспособности бабушки или ее занятости своими проблемами Ким уже к четырем годам взяла на себя домашние дела. Она игнорировала Дикси, которая отвечала ей тем же. Если Ким устраивала истерику, Маргарет уступала ее желаниям.

Дом практически постоянно пребывал в состоянии хаоса. Иногда Маргарет и Дикси одновременно ложились в больницу — Маргарет из-за алкоголизма, а Дикси из-за булимии. Тогда Ким отправлялась к отцу, хотя он и не мог сам заботиться о ней, предоставляя это своей матери.

На первый взгляд Ким казалась слишком зрелой для своих шести лет, даже несмотря на окружавший ее хаос. Другие дети казались ей «просто детьми», без опыта, который был у нее. Свой взрослый вид Ким не считала необычным: она говорила, что видела старые фотографии своей мамы и бабушки в ее возрасте и они все выглядели так же.

Через поколения

Во многих отношениях эта сага об Андерсонах типична для пограничного расстройства: факторы, способствующие возникновению болезни, часто передаются из поколения в поколение. Генеалогическое древо ПРЛ нередко кишит глубокими и долгосрочными проблемами, включая суициды, инцест, наркоманию, насилие, потери и одиночество.

В ходе исследований было сделано наблюдение, что пограничные пациенты часто имеют пограничных матерей, матери которых, в свою очередь, тоже страдали от ПРЛ. Эта генетическая предрасположенность порождает сразу ряд вопросов, например: как развиваются пограничные черты? Как они передаются в семье? Вообще, действительно ли они передаются по наследству?

Эти вопросы вновь возвращают нас к вечной проблеме «врожденное или приобретенное» (или «*темперамент* или *характер*»). Две крупнейшие теории о причинах ПРЛ, одна из которых делает упор на причины, связанные с развитием (психологические), а вторая — на конституционные особенности (биологические и генетические), отражают эту дилемму.

Третья теория, фокусирующаяся на среде и социокультурных факторах, таких как быстрый темп жизни, фрагментированная социальная структура, разрушение нуклеарной семьи, высокий уровень разводов, стремление родителей полагаться на помощь в дневном уходе за детьми, большая географическая мобильность и меняющиеся гендерные роли, также занимает видное место (см. главу 4). Несмотря на то что эмпирические исследования этих факторов довольно ограничены, они, по мнению некоторых специалистов, тоже способствуют распространению ПРЛ.

Имеющиеся доказательства указывают на отсутствие единственной определяющей причины ПРЛ — или даже типа причин. Скорее всего, развитию болезни способствует сочетание генетических, психологических, нейробиологических и социальных факторов.

Генетические и нейробиологические корни

Исследования семей позволяют предположить, что родственники в первом поколении человека, страдающего ПРЛ, с большей вероятностью будут проявлять признаки расстройства личности, особенно ПРЛ, чем остальные. Эти близкие члены семьи также с большей вероятностью будут подвержены расстройствам настроения, импульсивности и злоупотреблению алкоголем и наркотиками[1]. Вряд ли ПРЛ вызывается каким-то одним геном; скорее, как и в случае с большинством расстройств, в развитии болезни участвует множество активных или подавленных локусов хромосом.

Биологические и анатомические корреляции с ПРЛ уже были продемонстрированы ранее. В нашей книге «Иногда я веду себя, как сумасшедший» мы более детально рассматриваем, как конкретные гены воздействуют на нейромедиаторы (гормоны мозга, которые передают сообщения между мозговыми клетками)[2]. Нарушения в выработке некоторых из этих нейромедиаторов, таких как серотонин, норэпинефрин, дофамин и другие, обычно связаны с импульсивностью, расстройствами настроения и другими характеристиками ПРЛ. Те же вещества также влияют на баланс адреналина и выработку стероидов в организме. Некоторые из генов, воздействующих на

эти нейромедиаторы, ассоциируют с серьезными психическими заболеваниями. Тем не менее исследования с переменными результатами свидетельствуют о том, что проявлению большинства физических и психических расстройств способствует *множество* генов (в сочетании с внешними раздражителями).

Присущее пограничным пациентам злоупотребление едой, алкоголем и другими наркотическими веществами — обычно интерпретируемое как саморазрушительное поведение — можно тоже рассматривать как попытку самостоятельно устранить внутренние эмоциональные беспорядки. Пограничные люди часто рассказывают об успокоительном эффекте от нанесения себе увечий; вместо того чтобы чувствовать боль, они испытывают умиротворяющее облегчение или же просто отвлекаются от внутренней душевной боли. Причинение себе вреда, как и любые другие физические травмы или стресс, может спровоцировать выработку эндорфинов — естественных наркотических субстанций, вырабатываемых организмом и ослабляющих боль при деторождении, телесных ранениях, беге на длинные дистанции и других физических стрессах.

Изменения в метаболизме мозга и в его морфологии (или структуре) также ассоциируются с ПРЛ. У пограничных пациентов наблюдается повышенная активность в долях мозга, связанных с эмоциональностью и импульсивностью (лимбическая система), и пониженная активность в отделе, отвечающем за рациональное мышление и регуляцию эмоций (префронтальная кора). (Аналогичные сдвиги наблюдаются у пациентов, страдающих от депрессии и тревожного невроза.) Кроме того, изменения размеров этих частей мозга также связаны с ПРЛ и коррелируют с указанными психологическими сдвигами[3].

Такие перемены в работе мозга могут быть последствием мозговой травмы или заболевания. Многие пациенты с ПРЛ в прошлом имели мозговые травмы, энцефалит, эпилепсию, затруднения при обучении, СДВГ или осложнения при беременности[4]. Эти аномалии отражаются на нарушениях в мозговых волнах (ЭЭГ, или электроэнцефалограмма), на метаболизме, а также на сокращении объема белого и серого вещества.

Поскольку неспособность достичь здоровой привязанности между родителем и ребенком может позднее вылиться в патологии характера, когнитивное ухудшение со стороны ребенка и/или родителя мешает нормальному развитию их взаимоотношений. Так как последние исследования позволяют выдвинуть довольно убедительную гипотезу о том, что ПРЛ может наследоваться по крайней мере частично, родитель и ребенок могут одновременно страдать от дисфункций когнитивных и/или эмоциональных связей. Плохая коммуникация между ними лишь укореняет ощущение незащищенности, импульсивность и аффективные расстройства, что в итоге выльется в ПРЛ.

Причины, связанные с развитием

Психологические теории о причинах ПРЛ фокусируются на деликатности взаимодействия ребенка и тех, кто за ним ухаживает, особенно в первые несколько лет жизни. Наиболее важен в этом отношении период от 18 до 30 месяцев, когда ребенок начинает стремиться к самостоятельности. Некоторые родители активно противостоят отделению ребенка от них и настаивают на контролируемом, исключительном и часто удушающе тесном симбиозе. Другая крайность — когда родители

лишь изредка вспоминают о своих обязанностях (а то и вовсе отсутствуют в жизни ребенка) на протяжении большей части его взросления не могут обеспечить достаточного внимания и признания чувствам и переживаниям ребенка. Любая из этих крайностей — чрезмерный контроль поведения и/или эмоциональная отстраненность — может привести к тому, что ребенок не сумеет сформировать позитивное, устойчивое самоощущение и будет испытывать постоянную сильную потребность в привязанности и хронический страх одиночества.

Во многих случаях нарушение взаимоотношений ребенка и родителя принимает более серьезную форму ранней потери родителя или длительной и травмирующей разлуки, а иногда даже их сочетания. Как и у Дикси, у многих пограничных личностей отец отсутствует или же имеет психологические проблемы. Чаще всего материнские фигуры (которые на деле в некоторых случаях могут быть отцами) изменчивы и депрессивны и сами зачастую страдают от заметных психопатологий, нередко тоже от ПРЛ. Семейная история пограничных пациентов часто отмечена инцестом, насилием и/или алкоголизмом. Во многих случаях наблюдается длительная вражда или соперничество между матерью и ребенком, находящимся в предпограничном состоянии.

Теория объектных отношений и сепарация и индивидуация ребенка

Теория объектных отношений — это модель развития ребенка, подчеркивающая важность его взаимодействия со средой в противоположность внутренним психическим инстинктам и биологическим импульсам, не связанным с восприятием окружающего мира. Согласно этой теории,

отношения ребенка с «объектами» (людьми и вещами) его окружающей среды определяют его последующую функциональность.

Первичная модель объектных отношений на ранних стадиях развития была разработана Маргарет Малер и ее коллегами[5]. Они утверждали, что первые один-два месяца жизни характеризуются игнорированием всего, кроме себя (*аутистическая фаза*). В следующие 4–5 месяцев, названные *фазой симбиоза*, ребенок начинает узнавать других людей, присутствующих в его мире, но не как отдельных существ, а как продолжение себя.

В последующий *период сепарации-индивидуации*, продолжающийся в возрасте 2–3 лет, ребенок начинает отделяться и освобождаться от своего основного опекуна, формируя независимое самоощущение. Малер и ее сторонники считают способность ребенка успешно пройти эту фазу критичной для его дальнейшего психического здоровья.

На протяжении всего периода сепарации-индивидуации развивающийся ребенок очерчивает границы между собой и остальными, и эта задача осложняется двумя конфликтами: желание автономии противостоит близости и зависимости, а страх поглощения борется со страхом одиночества.

Следующий осложняющий ситуацию в этот период фактор заключается в том, что развивающийся ребенок часто воспринимает каждого из окружающих его людей как две разные личности. Например, когда мать чувствительна и утешительна, она кажется «абсолютно хорошей». Если же она в какой-то момент недоступна или не может утешить и успокоить, она кажется другой, «абсолютно плохой» матерью. Когда она выходит из поля зрения,

ребенок считает, что она исчезла навсегда, и кричит, чтобы облегчить отчаяние и панику. По мере развития ребенка на смену этому нормальному «расщеплению» приходит более здоровое понимание положительных и отрицательных качеств матери, а тревога расставания вытесняется знанием о том, что мама все равно существует и она вернется, — это явление общеизвестно как *константность восприятия объектов* (см. далее в этой главе). Однако развивающийся мозг ребенка в некоторых случаях может саботировать нормальную адаптацию.

Малер разделяет сепарацию-индивидуацию на четыре частично пересекающиеся подфазы.

Фаза дифференциации (5–8 месяцев). В этой фазе развития младенец осознает существование мира, не связанного с его матерью. Появляется «социальная улыбка» — реакция на окружающую среду, но направленная по большей части на мать. К концу этой фазы ребенок проявляет обратную сторону той же реакции — «тревогу при встрече с незнакомым», то есть распознает незнакомых людей в своей окружающей среде.

Если отношения с матерью благоприятные и спокойные, реакция на незнакомцев преимущественно характеризуется любопытством. Если же отношения неблагоприятные, тревога становится более заметна; ребенок начинает разделять позитивные и негативные эмоции по отношению к другим людям, полагаясь на такое расщепление, чтобы справиться с противоречивыми чувствами.

Фаза практики (8–16 месяцев). Фаза практики отмечена возрастающей способностью ребенка отделяться от матери — сначала он учится ползать, потом ходить. Эти краткие периоды разлуки прерываются частым воссоединением, чтобы «напомнить о себе» и «подзарядиться»,

и такое поведение демонстрирует первые проявления амбивалентности ребенка по отношению к своей развивающейся автономии.

Фаза воссоединения (16–25 месяцев). В фазу воссоединения расширяющийся мир ребенка зарождает в нем признание обладания своей идентичностью, отдельной от других. Воссоединение с матерью и потребность в ее одобрении формируют постепенно углубляющееся понимание того, что она и все другие — отдельные, реальные люди. Однако именно в фазу воссоединения как ребенок, так и мать сталкиваются с конфликтами, которые определяют будущую уязвимость перед пограничным синдромом.

В это время роль матери заключается в том, чтобы поощрять эксперименты ребенка с индивидуацией, но в то же время обеспечивать постоянный источник поддержки и подпитки. Нормальный двухлетний ребенок не только имеет крепкую связь с родителями, но также учится временно отделяться от них, испытывая при этом скорее печаль, чем ярость или гнев. При воссоединении с родителем ребенок, скорее всего, будет чувствовать себя счастливым, но также и злиться из-за расставания. Заботливая мать сопереживает ребенку и никак не наказывает за его злость. После множества расставаний и воссоединений у ребенка формируется устойчивое самоощущение, любовь и доверие к родителям, а также здоровая амбивалентность по отношению к другим людям.

Однако мать потенциально пограничного ребенка обычно иначе реагирует на него: либо слишком рано отталкивает ребенка и препятствует воссоединению (возможно, из-за собственного страха близости), либо настаивает на тесном симбиозе (возможно, из-за собственного страха

одиночества и потребности в близости). В любом из этих случаев ребенок обременяется чрезмерным страхом быть покинутым и/или поглощенным, который отражается от страхов его матери.

В результате этого ребенок так никогда и не вырастает в эмоционально независимое человеческое существо. Проявляющаяся в более поздней жизни неспособность пограничной личности достигать близости в отношениях отражает эту фазу развития в детстве. Когда взрослый человек с ПРЛ сталкивается с близостью, он может воскресить из детства воспоминания либо об опустошающем чувстве одиночества, всегда преследовавшем все его бесплодные попытки установить близкий контакт, либо ощущение удушья от постоянного присутствия матери. Тот, кто игнорирует ее, рискует лишиться материнской любви; тот, кто потакает ей, рискует лишиться себя.

Этот страх поглощения хорошо проиллюстрирован Т. Э. Лоуренсом (Лоуренс Аравийский), который в свои 38 лет писал о страхе близости со своей чрезмерно властной матерью: «Я испытываю ужас при мысли о том, что она узнает что-то о моих чувствах, убеждениях или образе жизни. Если она узнает, они будут повреждены, разрушены, больше не будут моими»[6].

Фаза установления константности объекта (25–36 месяцев). К концу второго года жизни, если предыдущие уровни развития были пройдены успешно, ребенок вступает в фазу установления константности объекта, когда он понимает, что отсутствие матери (и других опекунов) автоматически не означает их полную пропажу. Ребенок учится переносить амбивалентность и фрустрацию. Признается временная природа материнской злости. Ребенок также начинает осознавать, что его собственная ярость не уничтожит мать. Он начинает ценить понятие

безусловной любви и принятия и формирует способность сочувствовать и сопереживать. Ребенок начинает больше реагировать на отца и других людей в своем окружении. Его самоощущение становится более позитивным, несмотря на аспекты самокритики, проявляющиеся в зарождающемся сознании.

Справляться со всеми этими задачами ребенку помогают переходные объекты — знакомые вещи (плюшевые медведи, куклы, одеяла), которые как бы олицетворяют собой мать и которые ребенок везде носит с собой, чтобы облегчить себе разлуку. Форма, запах и текстура такого объекта — физические заменители утешающей матери. Переходные объекты — это один из первых компромиссов, на которые идет развивающийся ребенок в попытке разрешить конфликт между необходимостью укрепить свою автономию и потребностью в зависимости. В конце концов при нормальном течении развития переходный объект оставляется за ненадобностью, когда ребенок усваивает постоянный образ успокаивающей и защищающей материнской фигуры.

Теории о психологических причинах ПРЛ предполагают, что пограничная личность так никогда и не достигает этой фазы установления константности объекта. Вместо этого она застывает на более ранней фазе развития, в которой заметную роль играют расщепление и прочные защитные механизмы.

Взрослые люди с ПРЛ продолжают искать успокоение с помощью переходных объектов из-за того, что обречены на непрекращающуюся борьбу за достижение константности объектов, доверие и собственную идентичность. Например, одна женщина всегда носила в своей сумочке вырезку из газеты со статьей, где были приведены цитаты ее психиатра. Когда она испытывала стресс, она

доставала ее, называя этот клочок бумаги своим «одеяльцем, в котором она чувствует себя в безопасности». Вид имени ее врача, напечатанного в газете, давал ей ощущение его реальности и неугасающего интереса к ней.

Принцесса Диана также находила утешение в переходных объектах, содержа зверинец из 20 мягких игрушек на своей кровати, — она называла их «моя семья». Как отмечал ее любовник Джеймс Хьюитт, они «сидели в ряд, около тридцати милых зверей; эти звери были с ней в детстве, она укладывала их спать в свою кровать в поместье Парк Хаус, и они утешали ее и давали ей чувство некой безопасности». Отправляясь в поездки, Диана брала с собой любимого плюшевого медвежонка[7]. Ритуальные и суеверные действия, доведенные до крайности, могут представлять для пограничной личности акт использования переходных объектов. Футболист, надевающий одни и те же носки или отказывающийся бриться, когда несколько игр подряд совершает серию удачных ударов, может быть просто подвержен суевериям, распространенным среди спортсменов; граница между нормальным поведением и пограничным синдромом пересекается лишь тогда, когда такое поведение повторяется компульсивно и жестко заданным образом, мешая обычной жизни.

Конфликты в детстве

Развивающееся детское чувство константности объектов все время сталкивается с вызовами, по мере того как ребенок проходит важные вехи в своем развитии. Малыш, зачарованный сказками, где персонажи сплошь положительные и сплошь отрицательные, попадает в массу ситуаций, в которых он использует расщепление как главную стратегию. (Например, Белоснежку можно

охарактеризовать только как абсолютно положительного персонажа, а злую королеву — как отрицательного; сказка не вызывает сочувствия к королеве, которая сама может быть жертвой хаотичного воспитания, или критичного отношения к героине, которая живет вместе с семью маленькими парнями!) Хотя ребенок уже и верит в постоянное существование матери, по мере взросления он вынужден бороться со страхом утратить ее любовь. Четырехлетний мальчик, которого ругают за «плохое поведение», чувствует угрозу лишения материнской любви; он еще не способен осознать возможность того, что мама умеет выражать свое недовольство в отрыве от его поведения, и он еще не усвоил, что мама может злиться и при этом одновременно любить его.

Наконец, дети сталкиваются со страхом разлуки, предстоящей, когда они пойдут в школу. «Школофобия» — это не реальная фобия, и она связана не только с самой школой; она отражает сложное взаимодействие тревоги ребенка и реакции родителей, которые могут усиливать зависимость ребенка своей амбивалентностью в отношении разлуки.

Конфликты в подростковом возрасте

Проблемы сепарации-индивидуации повторяются в подростковом возрасте, когда вопросы идентичности и близости с другими вновь выходят на первый план. Во время фазы воссоединения как в младенчестве, так и в подростковом периоде ребенок скорее реагирует на других, и особенно на родителей, чем сам совершает действия по отношению к ним. В то время как двухлетний малыш пытается завоевать одобрение и восхищение родителей, копируя их идентичность, подросток пытается копировать сверстников и перенимает поведение,

осознанно отличающееся — и даже диаметрально — от поведения родителей. В обоих случаях в основе ребенка в меньшей степени лежат независимые внутренние потребности и в большей — реакции на важных для него людей в ближайшем окружении. Поведение становится формой *поиска* новой идентичности, а не укрепления уже сформировавшейся.

Неуверенная в себе девочка-подросток может без конца раздумывать о своем бойфренде в стиле «любит — не любит». Неспособность интегрировать такие позитивные и негативные эмоции и сформировать четкое и последовательное восприятие других заставляет и дальше использовать расщепление как защитный механизм. Неспособность подростка поддерживать ощущение константности объекта приводит впоследствии к проблемам с установлением последовательных доверительных отношений, с пониманием ядра своей идентичности и с умением переносить тревогу и фрустрацию.

Зачастую целые семьи прибегают к пограничной системе взаимодействия, когда недифференцированные идентичности членов семьи попеременно сливаются друг с другом, а затем вновь отделяются. В одной такой семье Мелани — девочка-подросток — была тесно связана со своей матерью, страдающей от хронической депрессии и чувствующей себя покинутой изменяющим мужем. Поскольку муж часто где-то пропадал, а остальные дети были еще слишком малы, мать цеплялась за дочь, пересказывая ей интимные детали своего несчастного брака и нарушая ее личное пространство навязчивыми вопросами о друзьях и занятиях. Чувство ответственности за счастье матери так мешало Мелани, что в какой-то момент она уже не могла позаботиться о собственных потребностях. Она даже выбрала ближайший колледж, чтобы продолжать жить дома. В итоге Мелани начала страдать

от нервной анорексии, превратившейся в основной для нее механизм контроля, независимости и утешения.

Таким же образом мать Мелани чувствовала свою ответственность и вину за болезнь дочери. Мать искала утешение в экстравагантных тратах (которые она скрывала от мужа), а затем оплачивала счета, воруя деньги с банковского счета Мелани. Мать, отец и дочь оказались в ловушке, в болоте испорченной семейной жизни, с которым они были не в силах бороться и из которого не могли убежать. В таких случаях лечение ПРЛ может потребовать лечения всей семьи (см. главу 7).

Травмы

Серьезные травмы — потеря родителя, игнорирование, отверженность, физическое или сексуальное насилие — в ранние годы развития могут повысить риск ПРЛ в подростковом возрасте или во взрослой жизни. И действительно, истории болезни пограничных пациентов обычно похожи на опустошенное поле битвы, на котором оставляют свои шрамы разрушенные отношения в семье, частое насилие и эмоциональные лишения.

Норман Мейлер описывал эффект, который оказывало на Мэрилин Монро отсутствие в ее жизни отца. Несмотря на то что оно внесло свой вклад в ее более позднюю эмоциональную нестабильность, оно также по иронии судьбы стало одной из мотивирующих сил в ее карьере:

> Выдающиеся актеры часто обнаруживают, что обладают дарованием, сперва остро пережив кризис идентичности. Ощущение обычного, заурядного «Я» — не то, что способно их удовлетворить, да и сама острота переживания приобретает у них экстремальную форму. Сила, движущая великим актером в юности, — непомерное честолюбие. Беззаконие и безумие — крестные родители великого актера.

> Классический пример кризиса идентичности — ребенок, потерявший кого-то из родителей, но тот же ребенок без труда становится кандидатом в актеры (ведь наиболее плодотворный способ создать новое, приемлемое «Я» — это примерить на себя роль)[8].
>
> Так же и принцесса Диана, отвергнутая матерью и воспитанная холодным и отстраненным отцом, проявляла сходные черты. «Я всегда думала, что из Дианы выйдет отличная актриса, потому что она отлично вживалась в любую роль», — говорила ее бывшая няня Мэри Кларк[9].

Прожившая значительную часть раннего детства в приюте, Мэрилин была вынуждена научиться выживать с минимумом любви и внимания. Больше всего пострадало ее самоощущение, что позднее привело к манипулятивному поведению в отношении любовников. Для Дианы ее «глубокое ощущение недостойности» (говоря словами ее брата Чарльза) обернулось препятствиями в отношениях с мужчинами. «Я всегда держалась подальше [от бойфрендов], мне казалось, от них одни проблемы, и я не могла справиться с этим эмоционально. Думаю, у меня было очень много проблем»[10].

Конечно, не все дети, пережившие травму или насилие, становятся пограничными взрослыми; так же как и не все пограничные взрослые пережили в прошлом травму или насилие. Кроме того, большинство исследований последствий детских травм основываются на умозаключениях, сделанных на основе рассказов взрослых, а не на лонгитюдных исследованиях, прослеживающих изменения детей на протяжении всего их взросления. Наконец, другие исследования продемонстрировали преобладание не самых тяжелых травм в прошлом пограничных пациентов, особенно игнорирования (иногда со стороны отца) и строгих, скудных супружеских связей, исключающих адекватную защиту и поддержку ребенка[11–13]. Тем не менее большое число статистических и практических

свидетельств говорят в пользу наличия связи между различными формами насилия, игнорирования и ПРЛ.

Врожденное или приобретенное

Вопрос о врожденном и приобретенном — это, безусловно, давняя и сложная проблема, применимая ко многим аспектам человеческого поведения. Появляется ли ПРЛ из-за биологической склонности, унаследованной от родителей, или же из-за того, как родители справлялись — или не справлялись — с воспитанием? Как биохимические и неврологические признаки расстройства вызывают заболевание — или на самом деле они *вызываются* заболеванием? Почему некоторые люди страдают от ПРЛ, даже несмотря на здоровое воспитание? Почему другие, чье прошлое переполнено травмами и насилием, не заболевают?

Эти дилеммы в стиле «курица или яйцо» могут подвести наблюдателя к неверным предположениям. Например, основываясь на психологических теориях происхождения ПРЛ, можно сделать вывод, что причинность направлена строго сверху вниз; то есть что отчужденная, сторонящаяся ребенка мать станет причиной его неуверенности в себе и пограничности. Но отношения бывают более сложными, более взаимосвязанными: дерзкий, невосприимчивый и непривлекательный ребенок может сам спровоцировать разочарование и отстраненность в матери. Независимо от того, что произойдет раньше, оба продолжают взаимодействовать и закреплять модели межличностного общения, которые могут сохраниться на многие годы и влиять на другие отношения. Смягчающее воздействие других факторов — поддерживающий отец,

понимающие семья и друзья, хорошее образование, физические и умственные способности — вносит свой вклад в общее состояние эмоционального здоровья индивида.

Несмотря на то что нет доказательств существования особого гена ПРЛ, люди могут наследовать чувствительность хромосом, которая позднее проявляет себя в виде определенной болезни, в зависимости от различных факторов: детских травм и фрустраций, специфических стрессовых событий в жизни, здорового питания, доступа к медицинской помощи и т. д. По аналогии с утверждением, что наследственные биологические отклонения в метаболизме провоцируют склонность человека к алкоголизму, возможно существование и генетической предрасположенности к ПРЛ, предполагающей слабую способность к стабилизации настроения и импульсов.

В то время как многие пограничные пациенты учатся отвергать привычные им методы мышления в категориях белого и черного, исследователи начинают понимать, что самая вероятная модель появления ПРЛ (как и большинства физических и психических заболеваний) учитывает множество факторов, врожденных *и* приобретенных, находящееся во взаимодействии. Пограничная личность — это сложное полотно, богато расшитое огромным числом любопытнейших нитей.

ГЛАВА 4

Пограничное общество

Без откровения свыше народ необуздан.

Притч. 29: 18

Государства подобны людям; они вырастают из человеческих характеров.

Платон. Республика

С самого начала у Лизы Барлоу ничего не выходило как надо. Ее старший брат был золотым ребенком: отличник, вежливый, спортивный, идеальный. Ее младшая сестра, страдающая астмой, тоже купалась в постоянном внимании. Лиза же никогда не была достаточно хороша, особенно в глазах отца. Она вспоминала, как он вечно говорил всем трем детям, что начинал ни с чем, что у его родителей не было денег, они не заботились о нем и слишком много пили. Однако он прорвался. Он упорно трудился в средней школе, в колледже, добился нескольких повышений в национальном инвестиционном банке. В 1999 году он сколотил состояние на популярной торговле акциями в Интернете, только чтобы через год снова потерять все из-за профессиональных ошибок.

Самые ранние воспоминания Лизы о ее матери: она лежит на диване, то ли больная, то ли уставшая, приказывая Лизе сделать что-то по дому. Лиза изо всех сил пыталась заботиться о матери и убедить ее прекратить

прием болеутоляющих и транквилизаторов, которые затуманивали ее сознание.

Лизе казалось, что, если она хорошо постарается, она не только поможет матери, но и еще порадует отца. Хотя ее оценки всегда были прекрасными (даже лучше, чем у ее брата), ее отец всегда злословил касательно всех ее достижений: предмет был слишком легкий, или она могла бы получить более высокий балл, чем B+ или A−. В какой-то момент она подумала, что хотела бы стать доктором, но отец убедил ее, что ей это никогда не удастся.

В детские и подростковые годы Лизы семейство Барлоу все время было в разъездах, следуя за каждой новой работой или повышением ее отца. Из Омахи в Сент-Луис, затем в Чикаго и, наконец, в Нью-Йорк. Лиза ненавидела эти переезды и понимала, что таила обиду на мать за то, что та никогда не возражала. Каждые пару лет Лизу, как багаж, упаковывали и отправляли в странный новый город, где она шла в странную новую школу со странными новыми одноклассниками. (Годы спустя она вспоминала о своем опыте в беседе с психотерапевтом, говоря, что «чувствовала себя жертвой похищения или рабыней».) К моменту, когда семья прибыла в Нью-Йорк, Лиза училась в высшей школе. Она поклялась больше не заводить друзей, чтобы ей не пришлось вновь прощаться.

Семья переехала в роскошный дом в пригороде Нью-Йорка. Но ни большой дом, ни красиво подстриженный газон не могли заменить Лизе друзей, которых ей пришлось оставить. Ее отец редко приходил домой по вечерам, а когда это все-таки случалось, он появлялся поздно и начинал пить и огрызаться на Лизу и ее мать за то, что они целыми днями ничего не делают. Когда отец пил слишком много, он становился жестоким, иногда бил детей сильнее, чем намеревался. Страшнее всего было,

если он напивался, а мать «отключалась» от болеутоляющих; тогда никто не мог позаботиться о семье, кроме Лизы, и она это ненавидела.

В 2000 году все начало разваливаться. Каким-то образом фирма отца (или только он сам, Лиза так точно и не узнала) все потеряла, когда обрушился фондовый рынок. Ее отец внезапно столкнулся с опасностью лишиться работы, и, случись это, Барлоу пришлось бы снова переехать, теперь в меньший дом в районе похуже. Казалось, отец винил в этом свою семью и особенно Лизу. А затем в одно прекрасное утро в сентябре 2001 года Лиза спустилась на первый этаж и обнаружила, что он лежит на диване и плачет. Если бы не похмелье после вчерашней попойки, он бы погиб в своем офисе во Всемирном торговом центре.

Несколько месяцев после этого ее отец был в таком же беспомощном состоянии, как и мать. В итоге полгода спустя они развелись. Лиза чувствовала себя потерянной и брошенной. Похожие чувства она испытывала, когда на уроке по биологии осматривала класс и обнаруживала, как другие дети щурятся в микроскопы, записывают что-то, очевидно, зная, что надо делать, в то время как она подавляла тошноту, не понимая, чего от нее ждут, и боясь попросить о помощи.

Через какое-то время она оставила все попытки. В старшей школе она связалась с «плохой компанией». Она старалась, чтобы ее родители видели ее приятелей и их странную одежду. Тела многих ее друзей были покрыты — в буквальном смысле — татуировками и пирсингом, а местный тату-салон стал для Лизы вторым домом.

Из-за уверений отца в том, что она не сможет быть врачом, Лиза пошла в медсестры. На первой же своей работе в больнице она встретила «свободного духом» парня,

который хотел применить ее навыки медсестры в бедных районах. Лизу он покорил, и вскоре после встречи они поженились. Его привычка пить алкоголь для «социализации» с течением времени стала проявляться все очевиднее, он начал ее бить. Помятая и покрытая синяками, Лиза все еще считала, что она сама виновата — она просто была недостаточно хороша, не могла сделать его счастливым. У нее не было друзей — как она говорила, потому что муж не давал ей их заводить, но глубоко внутри Лиза знала, что скорее это связано с ее страхом близости.

Лиза вздохнула с облегчением, когда он наконец ушел от нее. Она давно хотела расстаться, но сама не могла оборвать эту нить. Однако за облегчением пришел страх: «Что мне теперь делать?»

За вычетом расходов на урегулирование развода у Лизы оставалось достаточно денег, чтобы вернуться к учебе. В этот раз она была решительно настроена стать врачом, и, к удивлению отца, ее приняли в медицинскую школу. Она начинала снова хорошо себя чувствовать, ей казалось, что ее ценят и уважают. Но затем в медицинской школе ее снова настигли сомнения в себе. Руководители говорили, что она все делает слишком медленно, неуклюжа в простейших процедурах, неорганизованна. Они критиковали ее за то, что она заказывала неправильные анализы или не вовремя забирала результаты. Она чувствовала себя комфортно только с пациентами — с ними она становилась, какой должна была быть: доброй и сочувствующей или решительной и требовательной при необходимости.

Лиза также столкнулась со множеством предрассудков в медицинской школе. Она была старше большинства других студентов; она происходила из «не такой» семьи; и она была женщиной. Многие пациенты называли ее

«сестра», а некоторые мужчины не хотели «женщину-врача». Ее это ранило и злило, потому что общество и его институты, как и ее родители, отнимали у нее достоинство.

Распадающаяся культура

Психологические теории приобретают иное измерение, если смотреть на них через призму культуры и периода, в который они появились. На рубеже веков, например, когда Фрейд формулировал систему, ставшую впоследствии основой современной психиатрической мысли, культурный контекст имел строгую формальную структуру викторианского общества. Его теория о том, что происхождение невроза связано с подавлением неприемлемых мыслей и чувств — агрессивных и особенно сексуальных, — была полностью логична в том жестком социальном контексте.

Теперь, больше века спустя, агрессивные и сексуальные инстинкты выражаются более открыто, и социальная среда стала гораздо более сложной. В современной западной цивилизации представления о мужской и женской ролях куда более неоднозначны, чем в Европе в конце XIX — начале XX века. Социальные, экономические и политические структуры стали более гибкими. Ячейка семьи и культурные роли сегодня менее предопределены, и даже само понятие «традиционности» уже не кажется ясным.

Хотя социальные факторы могут и не быть непосредственными причинами появления ПРЛ (или иных форм психических заболеваний), они по меньшей мере оказывают на его развитие значимое косвенное влияние. Социальные факторы несколькими способами взаимодействуют

с ПРЛ, и это нельзя игнорировать. Во-первых, если пограничная патология уходит корнями в ранний этап жизни — а большинство доказательств указывает именно на это, — рост заболеваемости, вероятно, связан с изменением социальных моделей семейной структуры и взаимодействия между родителями и детьми. В этой связи стоит рассмотреть социальные перемены в сфере воспитания детей, стабильности семейной жизни, пренебрежения детьми и жестокого обращения.

Во-вторых, социальные перемены более общего характера обостряют пограничное расстройство у тех, кто им уже страдает. Например, такие пациенты особенно тяжело переносят недостаток структурированности в американском обществе, поскольку обычно у них есть проблемы с выстраиванием структуры для самих себя. Меняющаяся роль и модель поведения женщин (например, выбор между карьерой и жизнью домохозяйки) обычно осложняет проблемы с идентичностью. И действительно, некоторые исследователи объясняют распространенность ПРЛ среди женщин именно этим конфликтом социальных ролей, столь распространенным в нашем обществе. Склонность к ПРЛ в таких случаях может, в свою очередь, передаваться следующим поколениям через взаимодействие родителей и детей, со временем умножая эффект в несколько раз.

В-третьих, растущее признание расстройств личности в целом и ПРЛ в частности может быть естественной и неизбежной реакцией на нашу современную культуру — или ее выражением. Как отметил Кристофер Лэш в своей работе «Культура нарциссизма»,

> Каждое общество воспроизводит свою культуру — нормы, исходные допущения, модели организации опыта — в индивидуальном, в форме личности. Как говорил Дюркгейм, личность — это социализированный индивид[1].

Для многих американская культура кажется утратившей контакт с прошлым и не имеющей связи с будущим. Поток технических новшеств и информации хлынул на нас в конце XX и начале XXI века: появились компьютеры, карманные ПК, мобильные телефоны и т. д. Все это зачастую требует от человека куда больше времени проводить в уединении за учебой и работой и другими занятиями, теряя возможности для реального социального взаимодействия. И действительно, поглощенность — а некоторые даже скажут, одержимость, особенно среди молодежи — компьютерами и другими цифровыми устройствами и тем, что сейчас повсеместно называют «социальными сетями» (Facebook, MySpace, Twitter, YouTube и т.д.), может по иронии судьбы обернуться еще большей замкнутостью и сокращением физического взаимодействия; переписка, ведение блогов, написание постов и твитов — все это происходит без зрительного контакта. Увеличение числа разводов, растущая популярность детских садов и географическая мобильность способствуют тому, что обществу не хватает постоянства и надежности. Личные, интимные, продолжительные отношения становятся чем-то сложным или даже невозможным, а из этого вытекают глубокое чувство одиночества, самопоглощенность, опустошенность, тревога, депрессия и пониженная самооценка.

Пограничный синдром представляет собой патологическую реакцию на эти стрессы. Без внешних источников стабильности и укрепления самооценки пограничные симптомы: мышление в черно-белых категориях, саморазрушение, резкие смены настроения, импульсивность, плохое умение выстраивать отношения, неполноценное ощущение идентичности и злость — становятся вполне объяснимыми ответами на напряженность нашей культуры. Луи Сасс, пишущий для «Нью-Йорк Таймс», выразил это так:

> Возможно, в каждой культуре должны быть свои козлы отпущения как олицетворение проблем общества. Как истерика времен Фрейда отражала сексуальную подавленность той эпохи, так и пограничные личности, чья идентичность разделена на множество кусочков, являют собой распад стабильных единиц нашего общества[2].

Хотя общепринятое мнение и гласит, что пограничная патология стала более распространенной за последние несколько десятилетий, некоторые психиатры полагают, что эти симптомы встречались так же часто в начале XX века. Они утверждают, что дело не в распространении расстройства, а в том, что теперь его официально определяют и распознают, а благодаря этому и чаще диагностируют. Даже отдельные случаи, о которых писал Фрейд, в свете сегодняшних критериев можно диагностировать как ПРЛ.

Однако эта вероятность никак не снижает важность того, что число пограничных пациентов, доходящих до кабинета психиатра, должно повышаться, а население должно знать о болезни и ее признаках. На самом деле основная причина, по которой расстройство идентифицировано и так обширно описано в клинической литературе, состоит в его превалировании как в терапевтической среде, так и в культуре в целом.

Распад структуры: фрагментированное общество

Мало кто будет спорить с утверждением, что после Второй мировой войны общество стало более фрагментированным. Существовавшие десятилетиями семейные структуры — нуклеарная семья, расширенная семья,

домохозяйства с одним кормильцем, географическая стабильность — были заменены огромным разнообразием схем, трендов и движений. Уровень разводов взлетел до небес. Резко вырос процент злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, забрасывающих детей родителей, уровень насилия. Преступность, терроризм и политические убийства распространены настолько широко, что считаются чуть ли не обычным делом. Периоды экономической нестабильности, отражающиеся сценариями «бума-спада», похожими на американские горки, стали не исключением, а правилом.

Некоторые из этих перемен можно вменить в вину обществу и его неспособности достичь своего рода социального сближения. Как было отмечено в главе 3, во время фазы индивидуации-сепарации младенец осторожно пытается отдалиться от матери, но возвращается к ее успокаивающему теплу, известности и принятию. Разрыв этого цикла сближения часто оборачивается недостатком доверия, проблемами в отношениях, опустошенностью, тревожностью и неуверенностью в самовосприятии — эти характеристики определяют пограничный синдром. Аналогично можно увидеть, что современная культура вмешивается в здоровое «социальное сближение», перекрывая доступ к источникам успокоения. Никогда это нарушение не было так заметно, как в начале XXI века, когда на общество обрушились экономический спад, рецессия, безработица, лишение права выкупа закладных и другие проблемы. В большинстве регионов страны необходимость в двух заработных платах для поддержания приличного уровня жизни заставляет многих родителей перекладывать уход за детьми на других; оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком или дневной детсад на рабочем месте для молодых родителей — все еще редкие и почти всегда ограниченные альтернативы. Работа, как

и экономические и социальные факторы давления, поощряет частые переезды, и такая географическая мобильность, в свою очередь, отделяет нас от стабилизирующих корней, как это произошло в семье Лизы. Мы теряем (или уже потеряли) удобства проживания рядом с семьей и выполнения последовательных социальных ролей.

Когда исчезают атрибуты обычая, им на смену может приходить ощущение покинутости, дрейфа в неизвестных водах. Нашим детям не хватает чувства истории и принадлежности — закрепленного чем-то присутствия в мире. Чтобы обрести ощущение контроля и успокаивающей известности в отчуждающемся обществе, индивид может прибегнуть к широкому спектру патологических реакций: злоупотребление алкоголем и наркотиками, расстройства пищевых привычек, криминальное поведение и т. д.

Неспособность общества обеспечить сближение с поддерживающими, стабилизирующими связями отражается в бесконечных сериях масштабных общественных движений, возникших в последние 50 лет. Мы совершали резкие скачки от взрывного и реакционного «Десятилетия Мы», сражавшегося за социальную справедливость в 1960-х, к нарциссическому «Десятилетию Я» в 1970-х, а затем к материалистическому, ищущему лидера «Десятилетию Вау» в 1980-х. За относительно стабильными и процветающими 1990-ми последовали турбулентные 2000-е: финансовые взлеты и падения, природные катастрофы (Катрина и другие ураганы, крупные цунами, землетрясения и пожары), затянувшаяся война и общественно-политические движения (антивоенное, за права геев) — все это почти возвращает нас в начало пройденного круга, к 1960-м.

Среди главных пострадавших от этих тектонических сдвигов оказались привязанности к группе — преданность

семье, району, церкви, профессии и стране. Общество продолжает пестовать отстраненность от людей и институтов, обеспечивающих успокаивающее сближение, индивиды же отвечают реакциями, которые по сути определяют пограничный синдром: заниженное ощущение идентичности, ухудшение межличностных отношений, изоляция и одиночество, скука и (в отсутствие стабилизирующей силы группового давления) импульсивность.

Как и мир пограничной личности, наш несет в себе массу противоречий. Предполагается, что мы должны верить в мир, но наши улицы, фильмы, телешоу и спортивные соревнования наполнены агрессией и жестокостью. Мы нация, фактически построенная по принципу «помоги соседу», и все же мы стали одним из наиболее политически консервативных, эгоцентричных и материалистических обществ в истории человечества. У нас поощряются уверенность в себе и деятельность; рефлексия и самоанализ приравниваются к слабости.

Современные социальные силы вынуждают нас принять мифическую полярность: черное или белое, хорошо или плохо, добро или зло, — полагаясь на нашу ностальгию по простым вещам, по нашему детству. Политическая система предоставляет нам кандидатов, которые занимают диаметрально противоположные позиции: «Я прав, тот парень — нет»; Америка — хорошо, Советский Союз — «империя зла», Иран, Ирак и Северная Корея — «ось зла». Религиозные расколы стремятся убедить нас в том, что есть только один путь к спасению. Правовая система, построенная на предпосылках о том, что человек либо виновен, либо невиновен, и не дающая пространства для промежуточных положений, увековечивает миф о том, что жизнь по своему существу справедлива и правосудие

достижимо, то есть, если происходит нечто плохое, из этого обязательно следует, что за этим кто-то стоит, и он должен за это заплатить.

Поток информации и развлечений мешает человеку определить жизненные приоритеты. В идеале мы — как индивиды и как общество — пытаемся достичь баланса между телом и духом, между работой и досугом, между альтруизмом и эгоизмом. Однако все более материалистическое общество делает очень коротким путь от уверенности в себе до агрессии, от индивидуализма до отчуждения, от самосохранения до эгоцентричности.

Неослабевающее благоговение перед технологиями привело к обсессивному стремлению к точности. Сначала калькуляторы заменили запоминание таблицы умножения и других правил, а затем компьютеры стали вездесущими и проникли во все сферы нашей жизни — в машины, в наши бытовые приборы, в мобильные телефоны, — управляя устройством, частью которого они являются. Микроволновка освобождает взрослых от обязанности готовить. Липучка позволяет детям не учиться завязывать шнурки. Креативность и интеллектуальное усердие приносятся в жертву удобству и точности.

Все эти попытки навязать от природы хаотичной и несправедливой вселенной порядок и справедливость поощряют тщетную борьбу пограничных людей за выбор только между черным и белым, хорошим и плохим, добром и злом. Однако мир никогда сам по себе не был справедливым или точным; он состоит из бесчисленных тонкостей, требующих менее примитивных подходов. Здоровая цивилизация может принять эту некомфортную неопределенность. Попытки устранить или игнорировать ее обычно только способствуют пограничности в обществе.

Было бы наивно полагать, что накопительный эффект всех этих перемен — мучительная борьба противодействующих сил — не оказал никакого эффекта на нашу психику. В каком-то смысле мы все живем в своего рода пограничной стране — между процветающей, здоровой, высокотехнологичной Америкой и ее темной стороной, где царят бедность, бездомность, наркотики, психические болезни; между мечтой о здоровом, безопасном, надежном мире и безумным кошмаром о ядерном холокосте.

За социальные перемены нам пришлось расплачиваться стрессом и связанными с ним медицинскими проблемами, такими как сердечные приступы, инсульты и гипертония. Теперь мы должны лицом к лицу встретиться с возможностью того, что психические заболевания стали частью этой цены.

Страх будущего

За последние четыре десятилетия психотерапевтические установки претерпели значительное изменение в определении психопатологии — от симптоматических неврозов до расстройств характера. Еще в 1975 году психиатр Питер Л. Джовачини писал: «Врачи постоянно сталкиваются с видимым увеличением числа пациентов, которые не соответствуют нынешним диагностическим категориям. [Они не страдают от] определенных симптомов, их жалобы расплывчатые и плохо описываемые... Когда я говорю об этом типе пациентов, почти все знают, кого я имею в виду»[3]. В начале 1980-х такие случаи стали уже обычным явлением, в то время как расстройства личности сменили традиционный невроз в роли наиболее известной

патологии. Какие социальные и культурные факторы повлияли на эти изменения? Многие полагают, что главный из них — наша склонность обесценивать прошлое:

> Сейчас доминирует страстное желание жить здесь и сейчас — жить для себя, а не для предков или потомков... Мы быстро теряем чувство исторической преемственности, чувство принадлежности к последовательности поколений, берущей начало в прошлом и растягивающейся далеко в будущее[4].

Эта утрата исторической преемственности действует как в обратном направлении, так и в прямом: обесценивание прошлого разрывает в восприятии связь с будущим, которое становится чем-то огромным и неизвестным, источником трепета и надежды, бесконечным полем зыбучих песков, выбраться из которых будет крайне сложно. Время воспринимается как ряд изолированных точек, а не как логическая и непрерывная цепь событий, формирующаяся под влиянием достижений прошлого, действий в настоящем и ожиданий от будущего.

Нависающая на горизонте возможность катастрофы — угроза ядерного уничтожения, новая крупная террористическая атака наподобие 11 сентября, разрушение окружающей среды из-за глобального потепления и т. д. — заставляет терять веру в прошлое и бояться будущего. Эмпирические исследования, проводимые с подростками и детьми, неизменно демонстрируют «информированность об опасности, безнадежность в вопросе выживания, укороченную временну́ю перспективу и пессимизм в отношении способности достичь жизненных целей. Суицид раз за разом упоминается как стратегия для того, чтобы справиться с угрозой»[5]. Другие исследования обнаруживают, что угроза ядерной войны подталкивает детей к своеобразному «раннему взрослению»,

аналогичному тому, что происходит со склонными к пограничности детьми (как Лиза), которые вынуждены контролировать членов семьи, не способных о себе позаботиться из-за ПРЛ, алкоголизма и других психических расстройств[6]. Согласно проведенному в 2008 году исследованию, опубликованному в «Журнале подросткового здоровья», многие молодые люди в США в возрасте 14–22 лет ожидают, что умрут до 30. Исследователи приходят к выводу, что примерно каждый пятнадцатый из них (6,7%) выражает такой «нереалистичный фатализм». Эти результаты основаны на данных опросов, проводившихся на протяжении четырех лет, с 2002 по 2005 год, Институтом коммуникации с подростками группы риска при Центре публичной политики Анненберга и охвативших 4201 подростка. Несмотря на снижение доли суицидов среди группы от 10 до 24 лет, самоубийство занимает в ней третье место в списке причин смерти[7].

Как мы уже увидели, человек с ПРЛ олицетворяет эту ориентацию на жизнь «здесь и сейчас». Из-за слабого интереса к прошлому пограничные личности страдают от своего рода культурной амнезии; их шкаф с теплыми воспоминаниями (которые поддерживают большинство из нас в трудные времена) пуст. В результате этого они обречены страдать от своих мук без передышек, без запаса счастливых воспоминаний, которые помогли бы пережить сложный период. Неспособные учиться на своих ошибках, они обречены их повторять.

Родителей, боящихся будущего, едва ли сильно интересуют потребности следующего поколения. Современный родитель, эмоционально отстраненный и отчужденный — и в то же время балующий ребенка и позволяющий ему слишком много, — становится очень вероятным кандидатом на роль создателя пограничной личности.

Джунгли межличностных отношений

Пожалуй, самые знаковые перемены за последние полвека произошли в области сексуальных нравов, ролей и практик — от подавления сексуальности в 1950-х к «свободной любви» и «открытому браку» в годы сексуальной революции в 1960-х, затем к массовой переоценке сексуальных норм в 1980-х (во многом ставшей следствием страха перед СПИДом и другими ЗППП) и к ЛГБТ-движениям последнего десятилетия. Повсеместное распространение социальных сетей и сайтов для поиска партнеров упростило установление личного контакта, так что привычные «бары для знакомств» становятся все бóльшим анахронизмом. Невинные — или даже незаконные — романтические или сексуальные отношения могут теперь инициироваться с помощью нескольких прикосновений к клавиатуре или пары строк текстового сообщения. Пока еще непонятно, помогло ли киберпространство «цивилизовать» мир межличностных отношений или же превратило его в джунгли, более опасные, чем когда-либо раньше.

В результате действия этой и других общественных сил людям все труднее устанавливать и поддерживать глубокую и длительную дружбу, любовную связь или брак. Разводом заканчиваются 60% браков в парах в возрасте 20–25 лет; для людей старше 25 эта цифра чуть меньше — 50%[8]. Уже в 1982 году К. Лэш отмечал, что, «по мере того как общественная жизнь становится все более варварской и похожей на войну, межличностные отношения, якобы дающие отдохнуть от всего этого, приобретают характер сражения»[9].

По иронии судьбы пограничные люди очень хорошо подходят для такого рода сражений. Потребность

нарциссического мужчины доминировать и быть идолом отлично сочетается с двойственной потребностью женщины с ПРЛ быть под контролем и быть наказанной. Женщины с ПРЛ, как мы увидели на примере Лизы в начале этой главы, часто выходят замуж в юном возрасте, чтобы избежать хаоса семейной жизни. Они крепко держатся за доминирующих мужей, вместе с которыми воссоздают ядовитую атмосферу своей семьи. Оба супруга могут испытывать потребность в своеобразной садомазохистской игре типа «Ударь меня!.. Спасибо, мне это было нужно». Менее типичен, но все же часто встречается и обмен ролями, когда мужчина с ПРЛ связывает себя с нарциссической женщиной.

Мазохизм — заметная характеристика пограничных отношений. Зависимость в совокупности с болью укрепляет знакомый рефрен «Любовь — это больно». В детстве пограничная личность испытывает боль и смятение, пытаясь установить зрелые отношения с матерью или главным опекуном. Позднее в жизни другие партнеры — супруги, друзья, учитель, работодатель, священник, врач — обновляют воспоминания об этом первом смятении. Критика и оскорбления особенно усиливают у пограничного пациента уверенность в собственной недостойности. Отношения Лизы с мужем и руководителями в медицинской школе, например, подводили черту под ее глубоким чувством собственной бесполезности, закрепленным в ней постоянной критикой отца.

Иногда мазохистское страдание пограничной личности трансформируется в садизм. Например, Энн иногда поощряла пристрастие к алкоголю своего мужа Ларри, зная, что у него с этим проблемы. Затем она затевала ссору, зная, что пьяный Ларри склонен к насилию. В итоге Энн носила свои синяки от побоев, как боевые ордена,

напоминая Ларри о его жестокости и настаивая, чтобы они выходили в люди, где Энн объясняла свои синяки всякими «случайностями» вроде «врезалась в дверь». После каждого такого эпизода Ларри чувствовал глубокие сожаления и унижение, в то время как Энн строила из себя терпеливую мученицу. В таких отношениях идентифицировать реальную жертву становится довольно сложно.

Даже когда отношения явно разрываются, пограничный больной приползает обратно, чувствуя, что заслуживает свое унижение. Наказание ему знакомо, и с ним ему справиться проще, чем с пугающей перспективой одиночества или поиска нового партнера.

Типичный сценарий современных социальных взаимоотношений представляет собой схему с «пересекающимися партнерами», часто называемую «отношениями внахлест» — новая романтическая связь устанавливается еще до того, как разорвана текущая. Человек с ПРЛ является примером такой постоянной потребности в партнерстве: по мере того как он пробирается вверх по шведской стенке отношений, он не может отпустить нижнюю перекладину, пока крепко не схватится за верхнюю. Для пограничных личностей характерно оставаться с жестокими супругами, пока новый «принц на белом коне» хотя бы не объявится на горизонте.

Периоды свободных общественно-сексуальных нравов и беспорядочных романтических связей (такие, как поздние 1960-е и 1970-е) пограничные личности переживают тяжелее, чем остальные; повышенный уровень свободы и отсутствие структуры парадоксально сковывают их, а разработать собственную систему ценностей им куда труднее, чем прочим. Напротив, период сексуальной сдержанности в 1980-х (отчасти вызванный эпидемией

СПИДа) мог по иронии судьбы оказывать терапевтический эффект на пограничных больных. Страх укрепляет строгие границы, пересечение которых грозит огромным физическим вредом; импульсивность и промискуитет в этих условиях влекут за собой суровые наказания в форме ЗППП, жестоких сексуальных отклонений и т. д. Эта внешняя структура может служить для пограничных личностей защитой от их собственной склонности к саморазрушению.

Смена гендерных ролей

В прошлом веке социальные роли были малочисленными, четко определенными и гораздо легче сочетались друг с другом. Мать вела хозяйство, занималась бытом и смотрела за детьми. Внешние интересы вроде участия в школьных делах, хобби и благотворительности естественно вытекали из этих ее обязанностей. Работа и общественная жизнь отца семейства также хорошо сочетались. А вместе их роли функционировали очень синхронно.

Однако в более сложном современном обществе каждому индивиду приходится принимать на себя множество социальных ролей, которые зачастую не так-то просто сочетать. Например, работающая мать имеет две четко очерченные роли и должна стремиться хорошо выполнять все свои функции в их рамках. Политика большинства работодателей предполагает, что работающая мать должна разделять работу и дом; в результате многие матери чувствуют вину или смущение, когда одна из этих ролей создает проблемы для другой.

Работающему отцу также приходится разделять рабочую и домашнюю роли. Он больше не владеет местным

продуктовым магазином, расположенным под его квартирой. Скорее всего, он работает за много километров от дома и гораздо меньше времени может уделять семье. Более того, отец теперь скорее не глава семейства, а один из равных.

Смена ролей в последние 25 лет считается одной из ключевых причин того, что ПРЛ чаще диагностируется у женщин. В прошлом женщина, в сущности, имела единственный жизненный путь — выйти замуж (обычно в позднем подростковом возрасте или вскоре после 20 лет), родить детей, оставаться дома и воспитывать их, а также подавлять любые карьерные амбиции. Сегодня же, наоборот, молодая женщина сталкивается с ошеломляющей массой ролевых моделей и ожиданий: от одинокой карьеристки до замужней карьеристки, от традиционной заботливой матери до «супермамы», которая изо всех сил старается успешно сочетать замужество, карьеру и детей.

Мужчины, конечно, тоже прочувствовали на себе влияние новых ролей и ожиданий, но эти роли даже и близко не подходят по своему разбросу и взаимной конфликтности к женским. Сегодня от мужчин ожидают большей чувствительности, более активного участия в воспитании детей, чем раньше, и все же эти качества и обязанности обычно без проблем вписываются в общую роль «добытчика» или «содобытчика». Мужчины редко оставляют свои карьерные амбиции ради роли «домохозяина», да этого от них и не ждут.

В ходе эволюции отношений и брака мужчинам приходится приспосабливаться меньше, чем женщинам. Например, необходимость переезда чаще всего диктуется потребностями карьеры мужчины, поскольку обычно он обеспечивает бóльшую часть дохода. Во время беременности, рождения и воспитания ребенка в семье в повседневной жизни мужчины происходят довольно

незначительные перемены. Женщина же не только испытывает на себе физические последствия беременности и деторождения и вынуждена брать декретный отпуск, но также после этого должна справиться с возвращением на работу или же бросить карьеру. Более того, во многих семьях, где зарабатывают оба супруга, женщина просто принимает на себя основные домашние обязанности, даже если прямо это и не оговаривается. Обычно именно она корректирует свои планы, чтобы остаться дома с больным ребенком или подождать прихода ремонтных рабочих.

Несмотря на то что женщины преуспели в борьбе за расширение своих социальных и карьерных альтернатив, им, возможно, пришлось заплатить за это немалую цену: мучительные жизненные выборы, связанные с карьерой, семьей и детьми; напряженные отношения с детьми и мужьями; стресс от принятия и претворения в жизнь своих решений; смятение по поводу того, кто они есть и кем хотят быть. С этой точки зрения легко понять, почему женщины чаще страдают ПРЛ — расстройством, центральным компонентом которого является неопределенность в отношении собственной идентичности и роли.

Сексуальная ориентация и ПРЛ

Неуверенность людей с ПРЛ в своей роли может влиять и на сексуальную ориентацию. С этой теорией согласуется и то, что некоторые исследователи отмечают значительно повышенный уровень склонности к сексуальным извращениям среди пограничных пациентов[10, 11]. Факторы среды, теоретически способные влиять на формирование сексуальной идентичности, включают отсутствие ролевых моделей, сексуальное насилие, неутолимую жажду близости и внимания, дискомфорт, связанный с собственным телом, и непоследовательное сексуальное образование.

Модели семьи и воспитания

С конца Второй мировой войны наше общество стало свидетелем поразительных перемен в моделях семьи и воспитания детей:

- Институт нуклеарной семьи неуклонно приходил в упадок. В основном из-за разводов половина всех американских детей, рожденных в 1990-х, провели часть своего детства в семье с одним родителем[12].
- Альтернативные семейные структуры (такие, как «смешанные семьи», в которых единственный родитель с ребенком сожительствует с другим единственным родителем и формирует новую семейную ячейку) привели к тому, что множество детей воспитываются не своими биологическими родителями. В одном исследовании выяснилось, что только 63% американских детей растут с двумя биологическими родителями — и это самый низкий показатель среди всех стран западного мира[13]. Вследствие повышения географической мобильности в сочетании с другими факторами традиционная расширенная семья с бабушками и дедушками, братьями и сестрами, двоюродными и другими родственниками, проживающими в тесном кругу, практически исчезла как явление, из-за чего нуклеарная семья осталась без поддержки.
- Резко выросло число женщин, работающих вне дома. Среди работающих женщин 40% являются матерями несовершеннолетних детей; 71% всех матерей-одиночек трудоустроены[14].
- В результате того, что женщины работают вне дома, сегодня число детей, которых отдают во всевозможные по форме детские сады и ясли, больше чем когда-либо,

а кроме того, уменьшается возраст первого попадания ребенка в такие учреждения. Число малышей в детских садах на протяжении 1980-х годов увеличилось на 45%[15].

- Имеющиеся данные однозначно свидетельствуют о том, что за последние 25 лет значительно участились случаи физического и сексуального насилия по отношению к детям[16].

Какое воздействие оказывают эти перемены в воспитании на детей и их родителей? Хотя многие из перечисленных явлений (например, смешанные семьи) пока еще слишком новы и в отношении них не проводились тщательные долгосрочные исследования, психиатры и эксперты по развитию в целом сходятся в том, что дети, растущие в обстановке беспорядка, нестабильности или насилия, подвержены гораздо большему риску эмоциональных и психических проблем в подростковом возрасте и во взрослой жизни. Кроме того, родители в такой среде с гораздо большей вероятностью будут страдать от стресса, чувства вины, депрессии, низкой самооценки, то есть от характеристик, ассоциирующихся с ПРЛ.

Насилие над детьми и пренебрежение: разрушители доверия

Пренебрежение детьми и насилие над ними стали важными проблемами здравоохранения. В 2007 году около 5,8 миллиона детей были упомянуты приблизительно в 3,2 миллиона докладов и заявлений о насилии над детьми в США[17]. По оценкам некоторых исследователей, 25% девочек переживают сексуальное насилие в какой-либо форме (со стороны родителей или других лиц) до достижения совершеннолетия[18].

Для дошкольников, переживших физическое насилие, характерны заторможенность, депрессия, трудности с формированием привязанностей, проблемы с поведением (такие, как гиперактивность и серьезные истерические припадки), плохой контроль над импульсами, агрессивность и сложности в общении со сверстниками.

Как сказал Джон Леннон, «насилие порождает насилие», и в случае с подвергающимися побоям детьми это отчасти правда. Проблема может самовоспроизводиться на протяжении многих десятилетий и поколений из-за того, что жертвы насилия часто сами становятся насильниками. Около 30% детей, переживших насилие или заброшенных родителями, позднее будут бить своих детей, продолжая этот порочный круг[19].

Доля прошедших через насилие и пренебрежение среди пограничных пациентов достаточно высока, чтобы считаться фактором, выделяющим ПРЛ из остальных расстройств личности. Самая распространенная форма насилия — вербальное и психологическое, за ними следуют физическое и сексуальное. Физическое и сексуальное насилие по своей природе более жестоки, однако ребенок, пострадавший от эмоционального насилия, может полностью утратить нормальную самооценку.

Эмоциональное насилие над детьми принимает несколько форм:

- Унижение — постоянное обесценивание достижений ребенка и преувеличение масштаба его непослушания и неудач. Через какое-то время ребенок убеждается в том, что действительно плох или бесполезен.
- Недоступность — психологическое отсутствие родителей, которые не интересуются развитием ребенка и не

обеспечивают ему близость, когда она ему особенно нужна.

- Доминирование — использование чрезмерных угроз для контроля над ребенком. Некоторые специалисты по развитию детей сравнивают эту форму насилия с техниками, к которым прибегают террористы, «промывая мозги» заложникам[20].

Вспоминая историю Лизы, можно заключить, что она страдала от всех этих форм эмоционального насилия: ее отец вдалбливал ей в голову мысль о том, что она «недостаточно хороша»; ее мать редко вступалась за Лизу, почти всегда уступая мужу во всех важных решениях; Лиза воспринимала бесконечные переезды семьи как «похищения».

Пример заброшенного ребенка, описываемый психологом Хью Миссиндайлом, отражает дилеммы, с которыми сталкиваются во взрослой жизни пограничные личности:

> Если в детстве вы страдали от пренебрежения родителей, это может побудить вас переходить от одного человека к другому в надежде, что кто-нибудь даст вам то, чего так не хватает. Не умея заботиться о себе, вы думаете, что брак все исправит, а затем обнаруживаете себя в тревожной ситуации полного отсутствия эмоциональной привязанности в семье... Более того, человек, в чьем прошлом [имело место] пренебрежение, всегда испытывает беспокойство и тревогу, потому что не может получить эмоционального удовлетворения... Беспокойные, импульсивные шаги помогают создать иллюзию эмоциональной жизни... Такие люди, например, могут быть помолвлены с одним человеком и в то же время поддерживать сексуальную связь с двумя или тремя другими. Любой, кто готов ими восхищаться и уважать их, становится для них привлекательным, а поскольку их потребность в привязанности так велика, их способность различать чувства крайне ограничена[21].

Насколько мы можем судить о глубинных причинах ПРЛ (см. главу 3), насилие, пренебрежение и длительное расставание в раннем детстве способны крайне негативно повлиять на формирование доверия в развивающемся ребенке. Страдают его самооценка и самостоятельность, не развивается нормально способность переживать расставание и формировать собственную идентичность. По мере взросления такие дети часто повторяют опыт аналогичных болезненных отношений с другими людьми. Боль и наказание могут для них ассоциироваться с близостью, они начинают верить, что «любовь — это больно». По мере созревания пограничной личности заменителем жестокого родителя для нее может стать нанесение себе увечий.

Дети после развода: исчезающий отец

Сегодня больше детей, чем когда-либо, растут без физического и/или эмоционального присутствия отца — в первую очередь из-за разводов. Поскольку большинство судов решают дела по опеке в пользу матери, подавляющее большинство семей с одним родителем возглавляют именно женщины. Даже в случаях совместной опеки или свободного посещения отец, который с большей вероятностью вскоре после развода женится вновь и создаст новую семью, часто выпадает из процесса воспитания ребенка.

Недавняя тенденция в воспитании, предполагающая переход к более равномерному распределению родительских обязанностей между матерью и отцом, делает развод еще более проблемным для ребенка. В новых условиях дети явно больше получают от обоих родителей, но и больше теряют, когда семья распадается, особенно если разрыв происходит в годы, когда формируется личность ребенка и когда ему предстоит преодолеть еще ряд решающих этапов развития.

Исследования о последствиях развода обычно приходят к выводам о глубоком расстройстве, потребности в поддержке, регрессии и острой тревоге от разлуки, связанной со страхом одиночества у детей дошкольного возраста[22]. Значительное число таких детей на более поздних этапах взросления страдают от депрессии[23] или демонстрируют антисоциальное поведение[24]. И действительно, подростки из неполных семей не только чаще совершают суицид, но также с большей вероятностью будут страдать от психологических расстройств по сравнению с подростками, проживающими в полных семьях[25].

Во время расставания и развода потребность ребенка в физической близости увеличивается. Например, он может просить родителя спать с ним. Если это затянется и сон в одной постели превратится еще и в потребность родителя, под угрозой может оказаться ощущение самостоятельности и физической неприкосновенности ребенка. В сочетании с одиночеством и серьезной нарциссической травмой, которую наносит развод, это подвергает некоторых детей высокому риску замедленного развития или сексуального насилия, если потребность в привязанности и поддержке станет отчаянной. Живущий отдельно отец может требовать проводить больше времени с ребенком, чтобы облегчить собственные страдания от одиночества и утраты. Если ребенок становится громоотводом для обид и негодования отца, он снова подвергается высокому риску насилия.

Во многих ситуациях расставания взрослых ребенок становится заложником в разрушительной битве между его родителями. Дэвид, разведенный отец, который обычно не пользовался правом общаться с ребенком, внезапно начал требовать, чтобы его дочь оставалась у него, каждый раз, когда он злился на ее мать. Девочке эти визиты не

нравились, но при этом они принимали форму наказания для бывшей жены Дэвида, которая чувствовала себя виноватой и бессильной перед его требованиями. Бобби оказался впутан в конфликт между своими разведенными родителями, когда его мать начала судиться с его отцом, чтобы получить от него больше денег на содержание ребенка. Часто оружием в войне родителей становятся «взятки» и подарки вкупе с угрозами сократить денежную поддержку на школу или ведение хозяйства; подкуп и угрозы обычно больше всего вредят детям.

Дети оказываются вовлечены даже в судебные тяжбы, в ходе которых их заставляют давать показания о родителях. В этих ситуациях ни родители, ни суды, ни социальные организации не могут защитить ребенка, который часто вынужден справляться с подавляющим ощущением беспомощности (если конфликты продолжаются, несмотря на его вклад) или с опьяняющим осознанием своей силы (если его показания влияют на ход битвы между родителями). Он может злиться на свое трудное положение и в то же время бояться, что все его покинут. Все это дает богатую почву для развития пограничной патологии.

Помимо числа разводов другие социальные силы также поспособствовали «синдрому отсутствующего отца». За последние полвека выросли дети тысяч военных ветеранов — Второй мировой, Корейской, Вьетнамской войн, войны в Персидском заливе и в Ираке, не говоря уже о выживших военнопленных и тех, кто прошел через концентрационные лагеря. Отцы большинства таких детей не просто отсутствовали в важные для тех периоды, но зачастую еще и страдали от посттравматического стрессового расстройства или запоздалой

скорби («затянутый траур»), связанной с боями и также влиявшей на развитие детей[26]. К 1970 году 40% бывших военнопленных во времена Второй мировой и Корейской войн закончили жизнь неестественной смертью: суицидом, убийством или автомобильной аварией (в основном аварии с участием одной машины и одного человека)[27]. Та же тенденция наблюдалась и среди ветеранов иракской войны. По данным Армии США, в 2007 году пять солдат ежедневно совершали попытки суицида, в то время как до войны этот показатель составлял меньше одного человека в день[28]. Дети выживших после холокоста родителей часто имели серьезные эмоциональные проблемы, корнями уходившие в серьезную психическую травму их родителей[29].

Синдром отсутствующего отца может привести к патологическим последствиям. Часто в семьях, разорванных разводом или смертью, мать старается компенсировать нехватку отца, становясь идеальным родителем, организующим жизнь ребенка в каждом мельчайшем ее аспекте; естественно, возможность того сформировать собственную идентичность в таком случае довольно ограничена. Без буфера или второго родителя связь ребенка с матерью становится слишком тесной, делая невозможным здоровое разделение.

Хотя мать часто стремится заменить отсутствующего отца, во многих случаях на деле его пытается заменить ребенок. В отсутствие отца символическая сила связи с матерью многократно увеличивается. Ребенок растет с идеализированным представлением о матери и фантазирует о том, что всегда будет ее опорой. Зависимость родителя от ребенка может также закрепиться, мешая росту и индивидуации и закладывая зачатки ПРЛ.

Либеральное воспитание

Современные либеральные воспитательные практики, предполагающие передачу традиционных родительских функций внешним агентам — школе, СМИ, промышленности, — заметно изменили качество отношений между родителями и детьми. Родительский «инстинкт» уступил место надежде на книги и специалистов по воспитанию. Во многих семьях собственно воспитание отходит на задний план, уступая место карьерным устремлениям обоих родителей. «Свободное время» превращается в навязанный чувством вины эвфемизм для «недостатка времени».

Многие родители чрезмерно стремятся компенсировать это щедрым вниманием к практическим и развлекательным потребностям ребенка, на деле давая ему мало тепла. Нарциссические родители воспринимают своих детей как продолжение себя или же как объекты/вещи, а не как отдельных индивидов. В результате этого ребенок задыхается от эмоционально отстраненного внимания, что приводит к раздутому чувству собственной важности, регрессивной защите и потере чувства собственного «я».

Географическая мобильность: дом — это где?

Сегодня мы путешествуем больше, чем когда-либо. Повышенная географическая мобильность дает ребенку преимущества в образовании и культурном обмене, однако частые переезды также нередко сопровождаются ощущением неприкаянности. Некоторые исследователи обнаружили, что часто переезжающие дети нередко путаются или вообще не дают ответа на вопрос «где твой дом?».

Из-за того что повышенная мобильность часто коррелирует с образом жизни, ориентированным на карьеру, и потребностями профессии, один или оба родителя

в мобильных семьях часто работают с утра до вечера и соответственно, мало видятся с детьми. При том что дети и так испытывают нехватку постоянных и неизменных вещей, которые могут использоваться как опора для развития, мобильность добавляет еще один разрушительный фактор: мир превращается в череду мелькающих лиц и мест. Такие дети нередко вырастают одинокими и скучающими, постоянно ищущими стимуляции. Будучи вынужденными непрерывно адаптироваться к новым ситуациям и людям, они могут утратить устойчивое самовосприятие, опирающееся на надежные общественные подпорки. Даже бывая вполне любезными с окружающими, как Лиза, они обычно чувствуют, что искусно притворяются.

Рост географической мобильности негативно влияет на взаимоотношения между соседями, систему муниципальных школ, церковные и гражданские институты и даже дружеские связи. Утрачиваются традиционные привязанности. Около 44% американцев признают принадлежность к церкви, отличной от той, в рамках которой они росли[30]. Поколения одной семьи оказываются разделены огромными расстояниями, супруги не могут рассчитывать на эмоциональную поддержку родственников и помощь с детьми. Дети растут, не зная своих дедушек и бабушек, дядю и тетю, кузенов и кузин, теряя крепкую связь с прошлым и источник любви и теплоты, которые способствуют здоровому эмоциональному развитию.

Расцвет искусственной семьи

Учитывая фрагментацию общества, распад браков и семей, нет ничего удивительного в том, что последнее десятилетие привело к расцвету «искусственной семьи» — виртуального сообщества, которое заменяет

собой реальные сообщества прошлого. Жажда «племенной» принадлежности проявляется разными способами: фанаты американского футбола идентифицируют себя как Raider Nation*; 30 миллионов людей каждую неделю часами ждут возможности проголосовать за фаворита на American Idol**, просто чтобы быть участниками большой группы с «общей» целью; миллионы молодых людей регистрируются на Facebook и MySpace, чтобы стать частью обширной электронной социальной сети. Пятьдесят лет назад в романе «Колыбель для кошки» Курт Воннегут игриво (но пророчески) назвал эти «связи» «гранфаллоном» — группой людей, которые выбирают общую идентичность или претендуют на наличие таковой, но при этом их взаимная ассоциация на деле лишена смысла. Автор предложил два примера, Дочерей Американской революции и «Дженерал Электрик»; если бы Воннегут писал свое произведение сегодня, он мог бы вспомнить Facebook или Twitter.

С 2003 года социальные сети имеют головокружительный успех и из нишевых сайтов превратились в феномен, охватывающий десятки миллионов интернет-пользователей. Более половины (55%) всей американской молодежи в возрасте от 12 до 17 лет зарегистрированы в социальных сетях, таких как Facebook и MySpace[31]. Исходные данные свидетельствуют о том, что подростки используют эти сайты в первую очередь для общения, связи, обсуждения планов с друзьями и для поиска новых знакомств. Тем не менее на деле их мотивация может быть не такой «невинной». Например, проведенное в 2007 году компанией

* Нация мародеров (*англ.*). — *Примеч. пер.*

** «Американский идол» (*англ.*) — телешоу, где участники борются за звание лучшего песенного исполнителя. — *Примеч. пер.*

«Майкрософт» (которая уж точно в этом кое-что понимает) исследование продемонстрировало, что «эго» — главный драйвер присоединения к социальным сетям: люди таким образом вкладываются в «увеличение своего социального, интеллектуального и культурного капитала»[32].

Twitter, одна из самых новых электронных «страстей», охвативших нацию, беззастенчиво обыгрывает нарциссические склонности пользователей. «Твиты» — своего рода моментальные текстовые сообщения — предназначены для того, чтобы объявить (используя 140 символов или меньше) о том, «что я сейчас делаю», группе «фолловеров» (подписчиков). Этот сервис не пытается даже создать иллюзию двусторонней коммуникации.

Мало кто спорит с тем, что американская культура становится все более нарциссической. Первоначально нарциссический импульс был задокументирован поворотной статьей Тома Вулфа «Я-десятилетие» в 1976 году и «Культурой нарциссизма» Кристофера Лэша в 1978 году, и с тех пор подтверждения этому обнаруживаются в массе культурных трендов: реалити-шоу на ТВ моментально превращают своих участников в знаменитостей, которые ищут славы ради славы; происходит взрывной рост популярности пластической хирургии; родители балуют детей, люди поклоняются знаменитостям, страстно желают богатства, а социальные сети создают для каждого собственную группу искусственных друзей. Джин М. Твендж и У. Кит Кэмпбелл в «Эпидемии нарциссизма» (2009) отмечают: «Интернет подарил нам полезные технологии, но вместе с ними еще и менталитет “Посмотрите на меня!” и возможность моментально достичь славы... Люди стремятся создать “личный бренд” (иначе это называется “самобрендинг”), упаковывая себя, как товар, который выставляется на продажу»[33].

Поскольку социальные медиа — это относительно новый феномен, пока еще слишком рано говорить, станут ли они преходящим увлечением или же изменят мир, однако можно с уверенностью сказать, что исследователи и врачи должны наблюдать за тем, какой психологический эффект происходящее оказывает на общество, и учитывать потенциальную опасность, особенно для молодых людей.

ГЛАВА 5

Общение с пограничными личностями

> Ладно… Какого ответа вы ждете? Хотите, чтобы я сказал, что это смешно, а вы наперекор мне скажете, что грустно? Или мне сказать, что это грустно, а вы тут же вывернете все наизнанку и скажете: нет, это смешно. Пожалуйста, играйте в свою дурацкую игру, как хотите — и так и этак.
>
> *Эдвард Олби.*
> *Кто боится Вирджинии Вульф?*

Пограничная личность постоянно меняет себя, как вращающийся калейдоскоп, складывая из осколков своей сущности новые формы, каждая из которых отличается от предыдущей, но все же принадлежит этой личности. Как хамелеон, человек с ПРЛ принимает любую форму, которая, по его мнению, устроит наблюдателя.

Для всех, кто вынужден регулярно контактировать с человеком, страдающим ПРЛ, его поведение — это настоящая мука; неудивительно, что рассмотренные нами ранее взрывы ярости, резкие смены настроения, подозрительность, импульсивность, непредсказуемые поступки, саморазрушительные действия и непоследовательные формы общения отнюдь не радуют окружающих.

В этой главе мы рассмотрим последовательный, структурированный метод коммуникации с пограничными личностями, который легко понять и принять семье, друзьям и врачам, просто применять в повседневной жизни и полезно задействовать, чтобы убедить пограничного больного рассмотреть возможность лечения (см. главу 7) — систему SET-UP*.

Система SET-UP развивалась как структурированная основа для коммуникации с пограничными больными в кризисном состоянии. В такие моменты общение с ними затрудняется непробиваемым и хаотичным внутренним силовым полем, которое характеризуют три основных эмоциональных состояния: ужасающее одиночество, ощущение, что их никто не понимает, и подавляющее чувство беспомощности.

В результате окружающие часто не могут спокойно взывать к разуму пограничного больного и вместо этого вынуждены противостоять вспышкам ярости, импульсивной разрушительности, угрозам причинить себе вред и их практическим воплощениям, а также необоснованным требованиям заботы. Предусмотренные системой SET-UP реакции могут помочь обратиться к глубинным страхам, приглушить вспышку пограничного состояния и предотвратить скатывание к новому конфликту.

Хотя система SET-UP разрабатывалась с прицелом на пограничных личностей в кризисном состоянии, она может быть полезна и для тех, кому нужно краткое и выверенное общение даже в нормальном состоянии.

---

* Структура, порядок (*англ.*). — *Примеч. пер.*

Коммуникация SET

SET — *Поддержка*, *Сочувствие*, *Правда* (*Support, Empathy, Truth*) — это система коммуникации, состоящая из трех частей (рис. 5.1). При проявлениях деструктивного поведения, во время принятия важных решений и при прочих кризисных ситуациях взаимодействия с пограничным человеком должны включать все три элемента. UP — это *Понимание* (Understanding) и *Настойчивость* (Perseverance), цели, которых стремятся достичь все участники коммуникации.

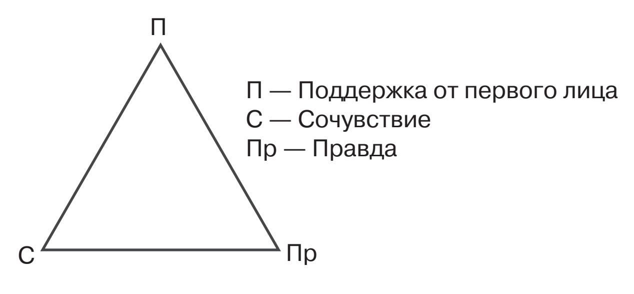


Рис. 5.1

Фаза «П» этой системы, *Поддержка*, требует личного выражения озабоченности. «Я искренне обеспокоен тем, как ты себя чувствуешь» — это пример проявления *Поддержки*. Упор здесь делается на собственные чувства говорящего, по сути, это личное обещание попытаться помочь.

Сегмент *Сочувствия* предполагает попытку признать хаотичность чувств пограничной личности при помощи утверждения во втором лице: «Должно быть, ты чувствуешь себя ужасно». Здесь важно не путать сочувствие с жалостью («Мне тебя так жаль...»), в противном

случае это может спровоцировать злость из-за кажущейся снисходительности. Кроме того, *Сочувствие* должно выражаться естественным образом, с минимальными отсылками к собственным чувствам говорящего. Акцент делается на болезненный опыт пограничной личности, а не говорящего. Утверждение типа «я знаю, как тебе плохо» вызывает насмешливое возражение — нет, ты на самом деле не знаешь — и только обостряет конфликт.

Утверждение, представляющее *Правду* или реальность, подчеркивает, что пограничная личность несет конечную ответственность за свою жизнь и попытки других помочь не могут ее заменить. В то время как *Поддержка* и *Сочувствие* — это субъективные заявления, устанавливающие, что чувствуют действующие лица, *Правда* признает существование проблемы и обращается к практической и объективной стороне: как ее решить? «И что же ты будешь с этим делать?» — вот основная реакция фазы *Правды*. Другие характерные для *Правды* выражения касаются действий, которые говорящий вынужден предпринять в ответ на поведение пограничного человека, причем говорить здесь нужно по существу, в нейтральном стиле («Вот что произошло... Последствия таковы... Вот что я могу сделать... Что ты будешь делать?»). Однако нужно избегать обвинений и садистских наказаний («Ну и в историю ты нас втянул!», «Ты эту кашу заварил, тебе ее и расхлебывать!»). *Правда* — это самая важная часть системы SET, которую пограничной личности труднее всего принять, потому что бóльшая часть ее мира исключает или отрицает реальные последствия.

Коммуникация с пограничной личностью должна по возможности включать все три названные фазы. Однако пограничная личность не всегда способна совместить их.

Когда один из этих уровней недостаточно ясно выражен или «не был услышан», можно ожидать предсказуемых реакций.

Например, когда выпадает фаза *Поддержки* (рис. 5.2), пограничная личность обычно обвиняет другого в том, что ему все равно или что он не хочет с ней связываться. Обычно после этого она не обращает внимания на последующие этапы, считая, что другому на нее плевать, и может даже желать собеседнику зла. Звучащие со стороны пограничной личности обвинения вроде «Тебе все равно!» обычно означают, что выражение *Поддержки* не было воспринято.

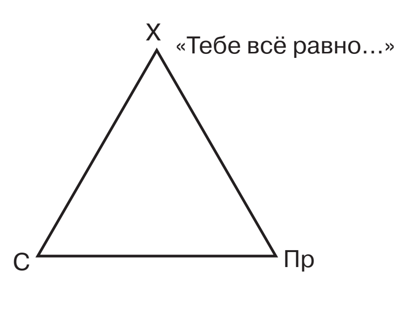


Рис. 5.2

Неспособность донести *Сочувствие* (рис. 5.3) приводит к тому, что пограничной личности кажется, будто собеседник не понимает, через что она проходит («Ты не знаешь, каково мне!»). В этом случае пограничная личность будет оправдывать отказ от коммуникации тем, что ее не понимают. Поскольку другие люди не могут понять эту боль, их реакции не имеют никакой ценности. Если пограничная личность не воспринимает попытки донести *Поддержку* или *Сочувствие*, дальнейшие обращения она игнорирует.



Рис. 5.3

Когда недостаточно выражен элемент *Правды* (рис. 5.4), складывается более опасная ситуация. Пограничный человек интерпретирует уступчивость других в свою пользу, обычно как подтверждение того, что другие готовы нести ответственность за него или что все разделяют и поддерживают его чувства. Хрупкий союз пограничной личности с этими людьми в конце концов распадается, когда тем становится не под силу выносить вес ее нереалистичных ожиданий. В отсутствие четко заявленной *Правды* и сопротивления пограничная личность продолжает чрезмерно привязываться к другим. Если ее потребности удовлетворены, она будет утверждать, что все хорошо или, по крайней мере, что скоро все наладится. О таком самообмане часто свидетельствует временное отсутствие конфликтов: пограничная личность проявляет меньше враждебности и злости. Но, когда ее нереалистичные ожидания все-таки не оправдываются, на окружающих обрушивается огненный вихрь злобы и разочарования.

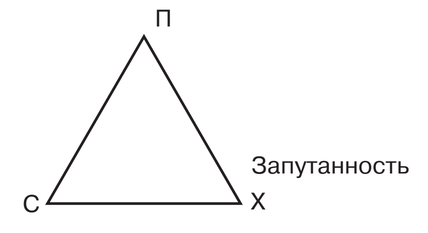


Рис. 5.4

Дилеммы пограничного человека

Принципы SET-UP можно использовать в разных ситуациях, когда нужно разрядить нестабильную обстановку. Далее описаны некоторые типичные трудности пограничных личностей и ситуации, где применима стратегия SET.

Что так, что этак — все плохо

Неумение пограничной личности разобраться в себе часто приводит к тому, что она направляет другим противоречивые посылы. Нередко на словах она высказывает одну позицию, но ее поведение говорит о прямо противоположном. Несмотря на то что человек с ПРЛ сам может не осознавать этой дилеммы, он зачастую ставит друзей и родственников в заведомо проигрышное положение, в котором они обречены на осуждение, что бы ни делали.

Пример 1: Глория и Алекс. Глория говорит своему мужу Алексу, что она одинока и ее мучает депрессия. Она утверждает, что планирует совершить суицид, но запрещает ему пытаться ей помочь.

В этой ситуации Алекс сталкивается с двумя противоречащими друг другу посылами: 1) открытой позицией Глории, по сути звучащей так: «Если тебе не плевать на меня, ты будешь уважать мои желания и не поставишь под сомнение мое право распоряжаться своей судьбой, даже если я решу умереть»; и 2) противоположным сообщением, передаваемым самим фактом заявления о своих намерениях: «Ради бога, если ты меня любишь, помоги мне и не дай умереть».

Если Алекс проигнорирует заявления Глории, она обвинит его в холодности и равнодушии. Если он попытается

перечислить причины, по которым ей не стоит убивать себя, она будет мешать ему, приводя нескончаемые контраргументы, и в итоге осудит его за то, что он не понимает ее боли. Если он позвонит в полицию или ее врачу, он проигнорирует ее просьбу и, таким образом, докажет, что ему нельзя доверять.

Глория не ощущает себя достаточно сильной, чтобы самостоятельно нести ответственность за собственную жизнь, поэтому она надеется, что Алекс возьмет на себя этот груз. Из-за своей депрессии она чувствует себя беспомощной и подавленной. Втягивая Алекса в эту драму, она превращает его в персонажа пьесы, где концовку должен дописать Алекс, а не она сама. Со своей неуверенностью в отношении суицида она пытается справиться, передавая ему ответственность за ее судьбу.

Затем Глория отделяет негативные части доступных ей вариантов и проецирует их на Алекса, в то время как позитивные части оставляет себе. Вне зависимости от реакции Алекса на него обрушится критика. Если он не будет активно вмешиваться, значит, он равнодушный и бессердечный, а она «трагически не понята им». Если он попытается помешать ее попыткам суицида, значит, он бесчувственный и пытается ее контролировать, лишая Глорию самоуважения.

В любом случае Глория представляет себя беспомощной и праведной мученицей — жертвой, которой Алекс не дал полностью реализовать свой потенциал. Что касается Алекса, он обречен быть неправым, что бы он ни сделал!

Принципы SET-UP помогают справиться с подобными ситуациями. В идеале реакция Алекса должна охватывать все три стороны треугольника. «П»-утверждение Алекса должно провозглашать его преданность Глории

и желание ее поддержать: «Я очень обеспокоен твоим плохим самочувствием и хочу помочь, потому что я люблю тебя». Если они вместе сумеют определить конкретные источники беспокойства, усиливающие ее страдания, он может предложить решения и объявить о своей готовности помочь: «Я думаю, отчасти это связано с твоими проблемами с начальником. Давай обсудим некоторые варианты. Например, ты могла бы попросить о переводе. Или, если эта работа дается тебе так тяжело, ты можешь уволиться и искать что-то другое — я совершенно нормально к этому отнесусь».

С помощью «С»-утверждения Алекс должен донести до Глории, что понимает ее состояние и то, какие крайние обстоятельства могли привести к решению умереть: «Давление, которое ты испытывала на протяжении последних нескольких месяцев, должно быть, невыносимо. Все эти страдания, видимо, довели тебя окончательно, и тебе кажется, что ты просто больше не можешь».

Важнейшая часть речи Алекса в фазе *Правды* должна отражать его неразрешимую дилемму «что бы ни сделал, будешь неправ». Ему также следовало бы попытаться прояснить двойственное отношение Глории к смерти, допуская, что помимо той ее части, которая хочет покончить с жизнью, есть еще и другая, которая хочет быть спасена и готова принять помощь. Алекс может сказать что-то вроде: «Я признаю, что ты очень плохо себя чувствуешь и хочешь умереть. Да, ты сказала оставить тебя в покое, если я тебя вообще люблю. Но мне ведь не все равно, я не могу сидеть и смотреть, как ты сама себя уничтожаешь! Твое предупреждение о суицидальных планах говорит о том, что, как бы ты ни хотела умереть, как минимум какая-то часть тебя не желает смерти. И я чувствую, что должен обращаться именно к этой

части. Я хочу, чтобы ты вместе со мной пошла к доктору, который помог бы нам с этими проблемами».

В зависимости от остроты ситуации Алекс должен настоять на психиатрическом осмотре Глории в ближайшее время или, если она находится в непосредственной опасности, доставить ее в службу экстренной помощи или обратиться к полиции или парамедикам.

При таком стечении обстоятельств ярость Глории может усилиться, когда она начнет обвинять Алекса в том, что он силой уложил ее в больницу. Однако утверждения *Правды* должны напомнить Глории, что она оказалась там не столько из-за Алекса, сколько из-за своих действий — угрозы суицида. Пограничной личности бывает необходимо часто напоминать, что реакции других основываются в первую очередь на том, что *она* делает, и именно *она* должна нести ответственность за последствия, а не винить других за их естественные ответы на ее поведение.

Когда острая опасность миновала, последующие утверждения *Правды* должны касаться контрпродуктивных методов Глории, к которым она прибегает, чтобы справляться со стрессом, и необходимости выработать более эффективные способы контролировать свою жизнь. Также следует поднять тему того, как поведение Глории и Алекса влияет на них самих и на их брак. Возможно, через какое-то время они сумеют создать устраивающую обоих систему реакций друг на друга, либо самостоятельно, либо в ходе психотерапевтических сеансов.

Проблемы такого рода особенно характерны для семей пограничных больных, которые проявляют заметные саморазрушительные наклонности. Делинквентные или суицидальные подростки, алкоголики и анорексики могут ставить перед своими семьями аналогичные безвыходные дилеммы. Они активно противятся помощи, при

этом ведут себя очевидно саморазрушающе. Обычно единственный способ им помочь — открытая конфронтация, подталкивающая к кризису. Некоторые группы, такие как анонимные алкоголики, рекомендуют стандартизированные конфронтационные сценарии, в которых семья, друзья или сотрудники, часто вместе с консультантом, ставят пациента перед фактом его пагубной зависимости и требуют начать лечение.

Подобные группы основаны на идее «жестокости из милосердия», согласно такому подходу, истинная забота заключается в том, чтобы заставить человека осознать последствия своего поведения, а не в том, чтобы защищать от них. Родителей в таких группах, например, могут убеждать, что употребляющего наркотики тинейджера нужно либо госпитализировать, либо выгнать из дома. Такой подход делает упор на элементе *Правды* в треугольнике SET-UP, но может игнорировать *Поддержку* и *Сочувствие*. Именно поэтому подобные системы только отчасти эффективны для людей с ПРЛ, которые могут пройти путь перемен, достаточный для того, чтобы *Правда* возымела на них действие; однако недостаток заботы и доверия, которые обеспечиваются *Поддержкой* и *Сочувствием*, снижают их мотивацию к длительным переменам.

Когда чувствовать себя плохо кажется чем-то плохим

Пограничные личности обычно реагируют на депрессию, тревогу, фрустрацию и злость еще бо́льшим нагнетанием тех же самых чувств. Из-за их перфекционизма и склонности воспринимать все в черно-белых тонах они пытаются вычеркнуть неприятные чувства, а не понять их или справиться с ними. Когда они обнаруживают, что не могут просто стереть эти неприятные ощущения, то чувствуют себя еще более расстроенными и виноватыми.

Так как плохо себя чувствовать неприемлемо, такое эмоциональное состояние кажется им чем-то предосудительным. Из-за этого им становится еще хуже, и так, по спирали, они могут бесконечно двигаться вниз.

Одна из целей психотерапевта и близких пограничной личности — пробить эти последовательные слои негативных чувств, чтобы найти первоначальное и помочь человеку принять его как часть себя. Страдающим ПРЛ нужно учиться позволять себе такую роскошь, как «плохие» чувства, без упреков, вины или отрицания.

Пример 2: Нил и его друзья. Нил, 53-летний банковский работник, сталкивался с эпизодами депрессии на протяжении более чем половины своей жизни. Родители Нила умерли рано, и по большей части его воспитывала незамужняя старшая сестра, которая была холодна и слишком критична. Она была религиозным фанатиком и настаивала, чтобы он ежедневно ходил в церковь на службы, часто обвиняя его в греховных проступках.

Нил вырос и стал пассивным мужчиной, которым командовала жена. Он воспитывался с мыслью о том, что злость неприемлема, и отрицал, что когда-либо злился на других. Он усердно работал и пользовался уважением среди коллег, но почти не получал любви со стороны жены. Она пресекала его попытки установить сексуальный контакт, что его расстраивало и вгоняло в депрессию. В итоге Нил злился на жену за ее отказы, потом чувствовал вину и злился на себя за злость, а затем впадал в депрессию. Этот процесс пронизывал и другие сферы его жизни. Когда бы он ни испытывал негативные эмоции, он всегда сам на себя давил, чтобы их прекратить. Поскольку внутренние проявления чувств он контролировать не мог, то все больше расстраивался и разочаровывался в себе. Его депрессия углублялась.

Друзья Нила пытались его утешить. Они убеждали его, что всегда его поддержат, и готовы были прийти на помощь в любой момент, когда он хотел поговорить. Они сопереживали его неурядицам на работе и проблемам с женой. Они отмечали, что он «укоряет себя за плохие эмоции» и что ему нужно разобраться в себе. Однако этот совет не помог. Нилу стало еще хуже: теперь ему казалось, что он, ко всему прочему, еще и расстраивает друзей. Чем сильнее он пытался сдержать эти негативные эмоции, тем больше он казался себе неудачником и тем тяжелее становилась его депрессия.

С дилеммой Нила можно было справиться с помощью системы SET-UP. Нил получал много *Поддержки* и *Сочувствия* от своих друзей, однако их посылы *Правды* не помогали. Вместо того чтобы пытаться стереть неприятные чувства (вариант «все или ничего»), Нил должен принять их как реальные, нормальные и непредосудительные. Вместо того чтобы наращивать новые слои на свой кокон самоосуждения, он должен столкнуться с критикой и добиваться перемен.

Дальнейшие утверждения *Правды* должны бы были подчеркнуть причины пассивного поведения Нила, поведения его жены и прочих людей в его жизни. Он должен признать, что в какой-то степени сам становится на позицию жертвы для других. Хотя он может работать над тем, чтобы в будущем изменить эту ситуацию, сейчас он должен справляться с текущими проблемами. Это значит, он должен признать, что он злится, что на то есть причины, что злость можно только принять и нельзя заставить ее исчезнуть, по крайней мере сразу. Несмотря на то что он может сожалеть о неприемлемых чувствах, которые испытывает, он не в силах их изменить (аналогичные максимы используют анонимные алкоголики). Принять

эти некомфортные ощущения означает принять себя как несовершенное человеческое существо и отказаться от иллюзий, что он может контролировать не подконтрольные ему факторы. Если Нил примет свою злость, грусть или любую другую неприятную эмоцию, тогда феномен «плохих чувств из-за плохих чувств» перестанет существовать. Нил сможет пойти дальше и менять другие аспекты своей жизни.

Во многом успех в жизни Нила был результатом его упорного труда: если учиться усерднее, оценки обычно становятся лучше. Чем больше практики, тем больше, как правило, эффективность. Однако в некоторых жизненных ситуациях требуется прямо противоположный подход. Чем больше человек стискивает зубы, сжимает кулаки и пытается уснуть, тем скорее он пролежит без сна всю ночь. Если человек отчаянно пытается расслабиться, то он будет напрягаться только больше.

Загнанный в эту ловушку человек с ПРЛ часто может вырваться на свободу тогда, когда он меньше всего этого ждет — когда расслабляется, становится менее зацикленным и требовательным к себе и учится принимать себя. Не случайно пограничные личности, ищущие здоровых любовных отношений, чаще находят их, когда меньше всего этого хотят и больше вовлечены в самореализацию. Именно в этот момент они становятся наиболее привлекательными для других и меньше стремятся хвататься за немедленные и нереалистичные решения проблемы одиночества.

Вечная жертва

Пограничные люди нередко ввязываются в истории, в которых они оказываются в роли жертвы. Например,

Нил воспринимает себя как беспомощного персонажа, на которого влияют другие. Человек с ПРЛ часто не осознает, что его поведение вызывающе или опасно и может в некоторой степени провоцировать травлю. Женщина, которая раз за разом выбирает мужчин, подвергающих ее насилию, обычно не понимает, что воспроизводит одну и ту же схему. Раздвоенное ви́дение себя, присущее больным с ПРЛ, предполагает наличие хорошей, достойной половины и другой — злой и недостойной, которая заслуживает мазохистского наказания, хотя сам человек может и не осознавать этого разделения. По сути, такой тип «спровоцированной» виктимизации часто является надежным признаком пограничной патологии.

Несмотря на то что роль жертвы отнюдь не самая приятная, она часто может быть привлекательной. Беспомощный беспризорник, борющийся с беспокойными волнами несправедливого мира, — этот образ многим людям кажется довольно притягательным. Связь между беспомощным беспризорником и кем-то, кто испытывает сильную потребность спасать других и заботиться о них, устраивает обе стороны. Пограничная личность находит «доброго незнакомца», который обещает абсолютную и полную защиту. При этом партнер удовлетворяет собственное желание чувствовать себя сильным, важным и нужным — кем-то, кто «спасет ее от всего этого».

Пример 3: Аннет. Рожденная в бедной семье чернокожих, Аннет очень рано потеряла отца — тот бросил семью. Целый ряд последовавших за ним мужчин ненадолго занимали «отцовский трон» дома. В конце концов мать Аннет снова вышла замуж за человека, который тоже был пьяницей и кутилой. Когда Аннет было около восьми, отчим начал насиловать ее и ее сестру. Девочка боялась сказать матери, которая упивалась тем, что семья наконец

достигла хоть какой-то финансовой стабильности. Аннет просто позволяла этому продолжаться — «*ради матери*».

В 17 лет Аннет забеременела и вышла замуж за отца ребенка. Ей удалось окончить старшую школу с хорошими оценками, однако другие аспекты ее жизни пребывали в полном беспорядке: муж пил и гулял. Через какое-то время он начал избивать Аннет. Она же продолжала вынашивать его детей, жалуясь и все терпя — «*ради детей*».

Шесть лет и три ребенка спустя муж Аннет бросил ее. Его уход ознаменовало своеобразное тревожное облегчение — эта дикая гонка закончилась, но зато теперь на горизонте угрожающе замаячили волнения относительно будущего.

Аннет с детьми пыталась взять все в свои руки, но она постоянно чувствовала себя подавленной. Потом она встретила Джона, которому было около 25 (он отказывался называть свой точный возраст) и который, кажется, искренне хотел заботиться о ней. Он стал тем хорошим отцом, которого у Аннет никогда не было. Он поощрял и защищал ее, советовал ей, как одеваться и говорить. Через какое-то время Аннет стала увереннее в себе, получила новую работу и начала радоваться жизни. Через несколько месяцев Джон к ней переехал — в некотором роде. Он жил с ней по выходным, но в будни ночевал в другом месте из-за работы, потому что ему было «удобнее спать в офисе».

В глубине души Аннет знала, что Джон женат, но никогда не спрашивала. Когда Джон стал менее зависимым, все больше сторонился ее и в целом отдалялся, она сдерживала злость. Однако на работе эта злость всплывала на поверхность, из-за чего Аннет не получила несколько возможных повышений. Ее начальники говорили, что ей

недостает академических знаний, которые есть у других, и что она ведет себя слишком резко, но Аннет не признавала этих объяснений.

Приходя в ярость, она списывала отказы на расовую дискриминацию. Она все больше вгоняла себя в депрессию и в итоге легла в больницу.

В больнице чувствительность Аннет к расовым проблемам достигла предела. Большинство врачей были белыми, как и большинство медсестер и других пациентов. Интерьер больницы был «белым», и даже еда была «белой». Вся злость, копившаяся в Аннет долгие годы, теперь сконцентрировалась на дискриминации чернокожих в обществе. Фокусируясь исключительно на этой глобальной проблеме, Аннет избегала своих личных демонов.

Самой вызывающей мишенью для нее стал Гарри, музыкальный психотерапевт в больнице. Аннет казалось, что Гарри (белый мужчина) настаивал на исполнении только «белой» музыки, а его вид и поведение в целом олицетворяли «белое превосходство». Аннет срывала зло на своем психотерапевте и гневно уходила прочь с сеансов музыкальной терапии.

Хотя Гарри был напуган ее вспышками гнева, он разыскал Аннет. Его утверждение *Поддержки* отражало личную озабоченность прогрессом Аннет в лечении. Гарри выразил *Сочувствие* Аннет, признав, как ужасно быть тем, против кого направлена дискриминация, и рассказал о собственном опыте, когда он был единственным евреем на своем учебном курсе. Затем Гарри попытался обратиться к *Правде*, то есть к реальным проблемам Аннет, указав, что бессмысленно сетовать на расовую дискриминацию, не имея твердого намерения

трудиться ради перемен. Гарри сказал, что потребность Аннет оставаться жертвой защищала ее от принятия на себя ответственности за свою жизнь. Она выбрала право проклинать судьбу вместо того, чтобы отважиться признать собственную роль в том, что другие продолжают ее использовать. Оборачиваясь вуалью праведного гнева, Аннет избегала попыток заглянуть в себя или вступить в конфронтации, которые могли бы повлечь за собой перемены, и таким образом закрепляла свою беспомощность и бессилие. И из-за этого она не могла изменить что-либо «*ради себя*».

На следующем сеансе музыкальной терапии Аннет не ушла из комнаты. Вместо этого она возразила Гарри и другим пациентам. Она предложила играть другие композиции. На следующей встрече группа согласилась сыграть песни о гражданском протесте, которые выбрала Аннет.

Реакция Гарри являет собой пример применения принципов SET-UP и могла бы пригодиться начальникам Аннет, ее друзьям — всем, кто сталкивался с ее вспышками гнева на регулярной основе.

Коммуникация по схеме SET-UP может освободить человека с ПРЛ или любого, кто находится в ловушке виктимной роли, указав ему преимущества статуса жертвы (о тебе заботятся, тебя нельзя винить за плохие результаты, можно снимать с себя ответственность) и его недостатки (отказ от самостоятельности, поддержание раболепной зависимости, обездвиженность и оцепенение перед лицом жизненных дилемм). Однако пограничная «жертва» должна услышать все три части сообщения, а иначе его эффект будет утрачен. Если «Истина освободит вас», то *Сочувствие* и *Поддержка* должны сопровождать ее, чтобы она точно была услышана.

В поисках смысла

Значительная часть драматичного поведения пограничных личностей связана с непрестанным поиском чего-то, что заполнило бы пустоту, постоянно преследующую их. Отношения и наркотики — два основных механизма, к которым они прибегают, чтобы побороть одиночество и ухватиться за ощущение существования в мире, который кажется реальным.

Пример 4: Рич. «Кажется, я люблю слишком сильно!» — так Рич описывал проблему со своей девушкой. В 31 год он уже пережил развод и целую серию провальных романов с женщинами. Он, как одержимый, цеплялся за этих женщин, забрасывая их подарками и вниманием. Благодаря им он чувствовал себя цельным, живым и состоявшимся. Однако он требовал от них — как и от друзей — полной покорности. Таким образом он ощущал власть не только над ними, но, что еще более важно, над собственной жизнью.

Он приходил в смятение, когда его женщины действовали независимо. Он упрашивал, настаивал и угрожал. Чтобы отогнать всепроникающее чувство опустошенности, он пытался контролировать других; если они отказывались подчиняться его желаниям, Рич впадал в серьезную депрессию и выходил из-под контроля. Он обращался к алкоголю и наркотикам, чтобы вновь обрести ощущение реальности. Иногда он ввязывался в драки или резал себя, когда боялся, что теряет связь со своими сенсорными или эмоциональными ощущениями. Когда злость и боль больше не могли ничего изменить, он начинал отношения с другой партнершей, которая считала его «непонятым» и думала, что ему просто нужна «любовь хорошей женщины». Затем все начиналось по новой.

Рич не мог понять свою дилемму, настаивая, что во всем «виновата эта сука». Он считал, что друзьям на него просто плевать или они его не понимают, — они не могли донести до него *Поддержку* или *Сочувствие*. Женщины, с которыми он связывался, сначала ему сопереживали, но в их поведении недоставало компонента *Правды*. Ричу нужны были все три аспекта.

В этой ситуации утверждение *Поддержки* должно было выражать заботу о Риче. В части *Сочувствия* следовало принять без возражений ощущения Рича, что он «слишком любил», но также помочь ему осознать его чувство опустошенности и потребность заглушить его.

Правдой следовало бы попытаться указать на бесконечно повторяющиеся модели поведения в жизни Рича. Правда также должна помочь Ричу увидеть, что он использует женщин так же, как наркотики или порезы — как способ почувствовать свою цельность и снять оцепенение. Пока Рич продолжает искать внутреннего удовлетворения вовне, он продолжит пребывать в смятении и разочаровании, потому что он не может контролировать внешние силы — и особенно других так, как контролирует себя. Например, несмотря на самые дикие попытки Рича управлять новой девушкой, она будет сохранять независимость вне сферы его контроля. Или он может потерять новую работу, если из-за экономических факторов ликвидируют его должность. Но Рич *способен* контролировать собственные созидательные силы, интеллектуальную любознательность и т. д. Независимые личные интересы — книги, хобби, искусство, спорт, упражнения — могут служить надежными и длительными источниками удовлетворения, которые не так легко потерять.

В поисках постоянства

Приспособление к непоследовательному и ненадежному миру — это крупная проблема для пограничной личности. Вселенной людей с ПРЛ не хватает системности и предсказуемости. Они никогда не могут полагаться на друзей, работу и свои навыки. Они вынуждены снова и снова проверять и перепроверять все эти аспекты жизни; они пребывают в постоянном страхе того, что человек или ситуация, которым они доверяют, изменятся прямо противоположным образом — это будет тотальное предательство. Герой становится демоном; идеальная работа превращается в бедствие всей жизни. Человек с ПРЛ не в силах понять, что постоянство индивида или объекта, как правило, сохраняется на протяжении долгого времени. У пограничной личности нет лавров, на которых можно было бы почивать. Каждый день она должна заново начинать отчаянные попытки доказать себе, что миру можно доверять. Просто то, что солнце вставало на востоке на протяжении тысяч лет, не значит, что и сегодня так будет. Пограничная личность сама должна убеждаться в этом с каждым новым днем.

Пример 5: Пэт и Джейк. Пэт была привлекательной 29-летней женщиной, и она разводилась со своим вторым мужем. Как и первого мужа, она обвиняла его в алкоголизме и жестокости. Ее адвокат Джейк считал ее несчастной жертвой, нуждающейся в защите. Он часто звонил ей удостовериться, что она в порядке. Вскоре они начали обедать вместе. За время рассмотрения ее дела они стали любовниками. Джейк ушел из дома от жены и двух сыновей. Хотя развод еще не был завершен, Пэт съехалась с ним.

Поначалу Пэт восхищалась умом и опытом Джейка. Там, где она казалась слабой и беззащитной, он был «большим и сильным». Но через какое-то время она стала предъявлять все новые и новые требования. Пока Джейк ее защищал, она ворковала. Но, как только он начинал чего-то требовать, она становилась враждебной. Она негодовала из-за того, что он ходил на работу, и особенно из-за его участия в других бракоразводных процессах. Она препятствовала его визитам к детям и обвиняла его в том, что он пренебрегает ею ради них. Она затевала яростные споры, которые часто заканчивались тем, что она выбегала из дома и отправлялась ночевать к другому мужчине, «платоническому другу».

Пэт не хватало ощущения константности объектов (см. главу 2 и приложение Б). Все ее друзья и любовники должны были проходить регулярные проверки, потому что она никогда не чувствовала уверенность, контактируя с людьми. Ее потребность в поддержке была ненасытна. Пэт прошла через множество других отношений, в которых сначала казалась оригинальной и нуждающейся в заботе, а потом испытывала партнеров возмутительными требованиями. Все отношения заканчивались именно тем самым одиночеством, которого она боялась, а затем в следующем романе весь цикл повторялся заново.

Поначалу, когда Пэт воспринимала Джейка как источник поддержки и успокоения, она идеализировала их отношения. Но любые признаки того, что у него есть собственная жизнь, приводили Пэт в ярость, заставляя проклинать и унижать Джейка. Когда он был в офисе, она без конца звонила ему, потому что, по ее словам, «забывала его». Для друзей ее рассказы о Джейке звучали так, будто речь шла о двух разных людях — и для Пэт так оно и было.

Чтобы с помощью SET обратиться к проблеме непостоянства объектов, нужно признавать ее существование. Утверждения *Поддержки* должны доносить мысль, что забота говорящего — это нечто постоянное, безусловное. К сожалению, пограничной личности бывает сложно понять, что ей не нужно все время заслуживать принятие. Человек с ПРЛ постоянно боится, что *Поддержку* могут забрать, если в какой-то момент он перестанет устраивать других. Из-за этого попытки утешить его никогда не прекращаются и их никогда не бывает достаточно.

Сочувствие должно нести в себе понимание того, что Пэт еще не научилась доверять постоянным попыткам Джейка успокоить ее. Джейк должен объяснить Пэт, что он знает о том, как она волнуется и как ее пугает одиночество.

В *Правду* необходимо включить усилия по примирению расколотых частей. Джейку нужно объяснить, что он заботится о Пэт всегда, даже когда она его расстраивает. Он также должен заявить, что не намерен допускать злоупотребления собой. Капитуляция под натиском требований Пэт приведет только к новым требованиям. Попытки удовлетворить и порадовать Пэт обречены на провал, потому что эту задачу нельзя решить полностью — всегда появляются новые опасения. *Правда*, возможно, подтолкнет Пэт и Джейка к длительной психотерапии, если их отношения продолжатся.

Ярость невинности

Ярость пограничных личностей часто ужасает своей непредсказуемостью и мощью. Она может быть вызвана относительно незначительными событиями и вспыхнуть без предупреждения. Она может быть направлена на тех,

кто раньше ценился и был любим, и часто сопровождается угрозами насилия. Все эти черты отличают ярость человека, страдающего ПРЛ, от обычной злости.

Буквально за миг Пэт могла превратиться из покорной, зависимой и по-детски непосредственной женщины в требовательную визжащую гарпию. Однажды она предложила Джейку пообедать вместе. Но, когда Джейк сказал, что ему нужно на работу, она внезапно начала кричать на него, нависая над ним буквально в паре сантиметров от его лица, и обвинять в том, что ему плевать на ее потребности. Она злобно прохаживалась по его мужским качествам, его провалам в роли мужа и отца, его профессии. Она угрожала написать на него жалобу за халатность в коллегию адвокатов. Когда попытки Джейка утихомирить ее не имели успеха, он молча уходил, что злило Пэт еще больше. Но, когда он возвращался, они делали вид, будто ничего и не происходило.

В системе SET-UP первостепенную важность имеет безопасность пациента. Необходимо сдерживать непостоянство пограничной личности. В описанном выше сценарии выражения *Поддержки* и *Сочувствия* со стороны Джейка должны звучать вначале, хотя Пэт, возможно, и отвергнет их как неискренние. В таких случаях со стороны Джейка будет неразумно спорить дальше, доказывая, что он заботится о ней и понимает ее расстройство. Ему следует немедленно перейти к фазе *Правды*, которая в первую очередь призвана не дать им нанести друг другу физический вред. Джейк должен твердо попросить Пэт отойти, чтобы между ними оставалось какое-то расстояние. Он может проинформировать ее о своем желании спокойно поговорить с ней. Если она этого не позволит, ему стоит огласить свое намерение уйти, пока ситуация не уляжется, после чего они смогут продолжить обсуждение. Он должен

стараться избегать физического конфликта, несмотря на провокации Пэт. Хотя подсознательно Пэт может действительно хотеть, чтобы Джейк одолел ее силой, эта потребность уходит корнями в нездоровый опыт ее прошлого, и в дальнейшем она с большой вероятностью использует случившееся как еще один повод покритиковать его.

Во время ожесточенных перепалок утверждения *Правды* должны быть направлены скорее на лежащую в основе конфликта динамику, чем на специфику конкретной ссоры. Дальнейшие дискуссии на тему того, важнее ли сводить Пэт на обед, чем поехать в офис, скорее всего, будут непродуктивными. Однако Джейк мог бы обратить внимание на очевидную потребность Пэт в драке и ее вероятное желание того, чтобы ее физически пересилили и причинили ей боль. Она так боится ожидаемого отвержения, что ускоряет его, чтобы «поторопиться и побыстрее с этим закончить»? Главный посыл *Правды* должен заключаться в том, что такое поведение отталкивает Джейка. Он может спросить, действительно ли Пэт этого хочет.

Потребность в последовательности

Все утверждения *Правды* должны быть на самом деле правдивыми. Для пограничной личности, которая и так живет в мире непоследовательностей, куда хуже пустые угрозы, чем пассивное разрешение продолжить неуместное поведение. Например, Алекс Форрест, главный женский персонаж в популярном фильме 1987 года «Роковое влечение» (в исполнении актрисы Гленн Клоуз), демонстрировала крайние проявления некоторых типичных пограничных черт. Завязывая роман с Дэном Галлагером (Майкл Дуглас), благополучным женатым

мужчиной, она отказывается отпустить его, даже когда становится очевидно, что Дэн никогда не уйдет от жены. К концу кинокартины Дэн, его семья и Алекс практически уничтожены или близки к этому. Алекс привыкла сопротивляться отказам, манипулируя другими. Роковой ошибкой Дэна было сказать, что он собирается порвать с Алекс, не сделав этого сразу и явно. Конечно, он не знал, что после разрыва тесных отношений пограничная личность не может просто «оставаться друзьями» и считает «промежуточные» варианты невыносимыми.

Из-за того что у пограничных личностей возникают такие трудности с уклончивыми ответами, намерения всегда должны подкрепляться ясными и предсказуемыми действиями. Родитель, угрожающий подростку лишением привилегий за определенное поведение, а затем не выполняющий обещаний, только усугубляет проблему. Врач, который претендует на установление определенных границ в ходе терапии — назначает оплату, ограничивает возможность звонков и т. д., — но затем не соблюдает эти границы, провоцирует подозрительность со стороны пациента.

Пограничные личности часто воспитываются в обстановке, где угрозы и исполненные драматизма действия — единственный способ достичь желаемого. Человек с ПРЛ считает принятие чем-то обусловленным, и на отторжение он смотрит так же. Ему кажется, что в итоге добиться желаемого можно, только если ты достаточно привлекателен, умен, богат или требователен. Чем больше удается получить за счет возмутительного поведения, тем чаще пограничный больной будет обращаться к таким приемам.

Хотя система SET-UP была разработана для взаимодействия с пациентами, страдающими ПРЛ, те же принципы

можно использовать и применительно к другим людям. Когда коммуникация заходит в тупик, SET-UP поможет сфокусироваться на информации, которую не удается донести до слушателя. Если человеку кажется, что его не поддерживают, не уважают или не понимают, или если он отказывается работать с реальными проблемами, отдельные шаги в рамках SET помогут подкрепить эти области взаимодействия. В современном сложном мире, чтобы преодолеть пограничный хаос, нужен четкий набор принципов, включающих как любовь, так и разум. Для эффективной коммуникации требуются *Понимание* и *Настойчивость*. Понимание лежащей в основе динамики коммуникации и потребностей партнера усиливает принципы SET. Настойчивость необходима, чтобы добиться изменений. Для многих людей с ПРЛ присутствие в их жизни последовательной невозмутимой фигуры (соседа, друга, врача) может быть одним из важнейших требований для исцеления. Даже если такая фигура не вносит никакого вклада, кроме своей последовательности и принятия (несмотря на частые провокации), она все же являет собой модель постоянства в хаотичном мире пограничной личности.

ГЛАВА 6

Как справляться с пограничной личностью

> Но он человек, и сейчас с ним творится что-то ужасное. К нему надо быть очень чутким. Нельзя, чтоб он так ушел в могилу: словно старый, никому не нужный пес. Чуткости заслуживает этот человек.
>
> *Артур Миллер. Смерть коммивояжера*

Никто не знал, что делать с Рэем. Он ложился в больницы и выписывался из них, встречался с кучей докторов на протяжении нескольких лет, но он никогда не мог долго продолжать лечение. Не удавалось ему и удержаться на работе. Его жена Дениз работала в кабинете стоматолога и проводила бóльшую часть свободного времени с друзьями, в целом игнорируя жалобы Рэя на боли в груди, мигрени, больную спину и депрессию.

Рэй был единственным ребенком богатых и заботливых родителей. В девятилетнем возрасте он узнал, что брат его отца покончил жизнь самоубийством. Хотя Рэй был мало знаком с дядей, но видел, что на родителей трагедия оказала огромное воздействие. После этого случая они стали опекать мальчика еще больше и настаивали, чтобы он оставался дома и не ходил в школу, если чувствовал

себя нехорошо. В 12 лет Рэй заявил, что у него депрессия, и начал ходить к психотерапевту; впоследствии эти визиты превратились в парад сменяющихся врачей.

Будучи довольно равнодушным к учебе, он пошел в колледж и там встретил Дениз. Она оказалась единственной женщиной, которая проявила к нему интерес, и после недолгого периода ухаживаний они поженились. Оба бросили колледж и, послушные долгу, пошли на работу, но в основном их бытовые расходы и лечение Рэя оплачивали его родители.

Пара довольно часто переезжала; как только Дениз наскучивала работа или местность, они перемещались в другую часть страны. Дениз быстро получала новую работу и находила новых друзей, а вот Рэй справлялся с этим хуже, и ему приходилось сидеть без дела по несколько месяцев.

Оба супруга все больше пили и все чаще ругались. Когда они ссорились, Рэй иногда уходил и жил у родителей до тех пор, пока семья не начинала препираться, и тогда он возвращался к Дениз.

Часто жена и родители Рэя говорили ему, как они устали от его угрюмости и многочисленных жалоб на здоровье, но тогда он угрожал покончить с собой, и родители начинали паниковать. Они настаивали, чтобы он ходил к новым докторам, и гоняли его по стране, чтобы проконсультироваться с различными специалистами. Они организовывали госпитализации в самые престижные учреждения, но через довольно короткий срок Рэй всегда выписывался вопреки советам медиков, и его родители отправляли ему деньги на самолет домой. Они все время клялись, что оставят его без финансовой поддержки, но своих слов никогда не сдерживали.

Друзья и разные рабочие места сливались в неразличимую череду неудачных опытов. Как только новый знакомый или занятие хоть чем-нибудь разочаровывали Рэя, он все бросал. Его родители заламывали руки; Дениз по большей части его игнорировала. Рэй продолжал выходить из-под контроля, и никто, включая его самого, не мог его сдержать.

Как распознать ПРЛ у друзей и родственников

По внешним признакам пограничную личность бывает очень трудно распознать, несмотря на внутреннюю взрывную импульсивность. В отличие от людей, страдающих шизофренией, биполярным расстройством (маниакально-депрессивным психозом), алкоголизмом или расстройствами пищевого поведения, пограничные личности обычно очень хорошо проявляют себя на работе и в общении и заметных отклонений не проявляют. И действительно, к характерным признакам пограничного поведения относятся внезапные и непредсказуемые взрывы ярости, крайней подозрительности или суицидальной депрессии со стороны кого-то, кто казался таким «нормальным».

Такие внезапные вспышки пограничной личности обычно очень пугают и озадачивают как самого больного, так и его близких. Из-за непредсказуемого и радикального характера симптомов окружающие могут не распознать в них типичные проявления ПРЛ, приняв каждый за отдельное заболевание. Например, человеку, пытавшемуся покончить с собой, приняв много таблеток или порезав

запястья, могут диагностировать депрессию и прописать антидепрессанты и краткий курс поддерживающей психотерапии. Если пациент страдает от химической депрессии, такой режим улучшит его состояние, и он оправится полностью и довольно быстро. Однако же, если деструктивное поведение было вызвано ПРЛ, стремление причинить себе вред никуда не денется и лечение его не приглушит. Даже если пациент одновременно страдает от депрессии и ПРЛ (а это довольно распространенная комбинация), такой подход только частично излечит болезнь, и дальнейшие проблемы не заставят себя долго ждать. Если пограничные черты не распознать, суицидальное и другие виды деструктивного поведения не исчезают, несмотря не лечение, что приводит в замешательство и разочаровывает самого пациента, врача и всех заинтересованных лиц.

Эбби, манекенщица 23 лет, лечилась от алкоголизма в отделении химических зависимостей. Она очень хорошо реагировала на лечение, но чем дольше она воздерживалась от алкоголя, тем чаще и сильнее у нее проявлялась компульсивная булимия. Эбби поступила в отделение расстройств пищевого поведения, где ее снова успешно излечили.

Несколько недель спустя она начала страдать от сильных панических атак в магазинах, офисах, даже за рулем и в итоге стала бояться выходить из дома. Помимо этих фобий она все глубже впадала в депрессию. Пока она рассматривала возможность обратиться в клинику для лечения фобий, консультант-психиатр распознал в симптомах Эбби признаки ПРЛ и порекомендовал ей обратиться в психиатрическое отделение, специализирующееся на пограничных состояниях. Если раньше лечение фокусировалось исключительно на алкоголизме

или булимии, в этот раз в клинике практиковали более цельный подход.

В итоге Эбби смогла связать свои проблемы с постоянно неоднозначными отношениями с родителями, которые мешали ее попыткам отделиться, повзрослеть и стать более независимой. Она осознала, что ее заболевания были на самом деле способами избежать требований ее родителей без чувства вины. Булимия, алкоголизм и тревога отнимали всю ее энергию, отвлекая от разрешения конфликтов с родителями. Более того, роль «больной» оправдывала то, что Эбби не чувствовала себя обязанной работать над этими отношениями. По иронии, болезни *привязывали* ее к родителям: из-за того что у них в браке были серьезные проблемы (ее мать страдала алкоголизмом, а отец — хронической депрессией), она могла сохранять близость с ними, копируя их патологические роли.

После недолгой госпитализации она продолжила индивидуальную амбулаторную психотерапию. Ее настроение улучшилось, а тревоги и фобии исчезли. Она также продолжила воздерживаться от алкоголя и булимических «чисток».

Случай Эбби демонстрирует, как бросающееся в глаза ненормальное поведение может на самом деле свидетельствовать о ПРЛ и одновременно скрывать его, и тогда одна или несколько характеристик расстройства — нестабильные отношения, импульсивность, смены настроения, сильная злость, угрозы суицида, нарушения идентичности, чувство опустошенности или отчаянные попытки избежать одиночества — могут проявляться в форме психиатрических симптомов, которые ошибочно приводят к неполным или даже неправильным диагнозам.

Справляться и помогать

Важно помнить, что ПРЛ — это болезнь, а не сознательная попытка привлечь внимание. У пограничной личности нет даже косички, за которую он мог бы вытащить себя из болота, не говоря уже о силах, необходимых для этого. Бессмысленно злиться, упрашивать и умолять ее измениться; без помощи и мотивации ей не так-то легко корректировать свое поведение.

Однако это не значит, что пограничные личности беспомощны и не должны нести ответственность за свое поведение. На самом деле верно обратное. Они должны принимать, без оправданий или попыток защититься, реальные последствия своих действий, даже если сами и не в силах изменить их. Таким образом, ПРЛ ничем не отличается от любого другого расстройства. Человек, прикованный к инвалидной коляске, вызывает сочувствие, но от него самого зависит, каким путем он доберется туда, куда желает попасть, и будет ли содержать коляску в рабочем состоянии.

Обычно крайности в пограничном поведении вызывают либо реакцию в духе «Ты ленивый и ни на что не годный сукин сын, соберись и веди себя прилично», либо похлопывание по плечу со словами «Бедняжечка, ты не справляешься; я позабочусь о тебе». Окружающим нужно понимать, как их действия могут поощрять или сдерживать пограничное поведение. Те, кто имеет дело с пограничной личностью, должны постараться пройти по очень тонкой грани между утешением, с одной стороны, и подтверждением ожиданий — с другой. Любовь и физические прикосновения (обнять, подержать за руку) дают пограничной личности ощутить, что ее ценят, но, если применять их с эксплуататорскими целями, это

разрушит доверие. Если забота приводит к чрезмерной опеке, пограничная личность перестает чувствовать ответственность за свое поведение.

В большинстве ситуаций разумные инструкции по общению вытекают из фокусирования на сегменте *Правды* системы SET-UP (см. главу 5). Но когда речь идет об угрозе суицида, обычно это значит, что пришло время обратиться к специалисту по психическому здоровью или в учреждение по предупреждению самоубийств. Нельзя допускать, чтобы угрозы самоубийством превратились в «эмоциональный шантаж», когда пограничная личность заставляет друга или родственника вести себя так, как ей нужно. Угрозы необходимо воспринимать всерьез и отвечать на них быстрыми, предсказуемыми и реалистичными ограничениями, такими как требование обратиться за профессиональной помощью (реакция *Правды*).

Джек, 41-летний холостяк, работал на полставки, пытаясь при этом вернуться к учебе. Его вдовствующая мать продолжала оказывать ему финансовую поддержку, и каждый раз, когда его постигала неудача с работой, школой или отношениями, она укрепляла его беспомощность, уверяя, что он не может достичь своих целей, и предлагая ему вернуться «домой» и жить с ней. Терапия в этом случае должна включать не только помощь Джеку в том, чтобы осознать свое желание оставаться беспомощным и пользоваться этим, но и противодействие его матери в стремлении контролировать Джека и поддерживать его зависимость от нее.

Достаточно всего одного актера, чтобы инициировать перемены в пьесе. Мать Джека может отреагировать на его зависимость принципами SET-UP, которые отразят ее заботу (*Поддержка*), понимание (*Сочувствие*) и признание реальности (*Правда*): Джеку необходимо взять на себя

ответственность за собственные действия. Если его мать не захочет менять свое поведение, Джек должен признать ее роль в его проблемах и сам дистанцироваться от нее.

Борьба с пограничной яростью

Через какое-то время для человека, близко общающегося с пограничной личностью, ее импульсивное поведение может стать чем-то обыденным и «предсказуемо непредсказуемым». Одни из самых частых его проявлений, вспышки гнева, обычно возникают без предупреждения и кажутся крайне несоразмерными ситуации.

Близкий друг, родственник или коллега должны противостоять искушению «открыть ответный огонь». Чем громче и яростнее становится пограничный человек, тем тише и сдержаннее должен быть его собеседник, таким образом отказываясь сотрудничать в обострении эмоциональной обстановки и подчеркивая нелепость его неистовой ярости. Если же собеседник ощущает возможность физического насилия, он должен немедленно покинуть место действия. С пограничной личностью в гневе часто бесполезно говорить на языке разума, так что дискуссии и дебаты могут только усугубить ситуацию. Вместо этого нужно попытаться охладить конфликт, признавая различие во мнениях и соглашаясь, что каждый пока останется при своем. Дальнейшие обсуждения могут продолжиться позже, когда атмосфера для этого будет более благоприятной.

Жизнь со сменами настроения

Быстрые смены настроения могут озадачивать пограничную личность не меньше, чем окружающих. С раннего возраста Мередит знала о своей переменчивости. Без видимой причины она могла взлетать на пик радости

и веселья только затем, чтобы внезапно рухнуть вниз, в глубины отчаяния. Родители поощряли ее дурной нрав, ходя вокруг нее на цыпочках и никогда не осуждая за раздражительность. В школе друзья у нее пропадали так же быстро, как и появлялись, пугаясь ее непредсказуемости. Некоторые называли ее «маниакально-депрессивной» и пытались шутками вывести ее из угрюмого состояния.

Ее муж Бен говорил, что его привлекала доброта и чувство юмора Мередит. Но она могла резко меняться, переходя от игривого настроения к суицидальному. Аналогично менялись и ее взаимодействия с Беном — от веселой общительности до мрачной изоляции. Ее настроение было совершенно непредсказуемым, и Бен никогда не знал, какой он застанет ее, вернувшись домой в конце дня. Иногда ему казалось, что, прежде чем зайти внутрь, надо надеть шляпу на палку и просунуть ее в дверь, чтобы проверить, какая участь его ждет: объятия, игнорирование или атака.

Бен был пленником типичного пограничного сценария «что бы ни сделал, будешь неправ». Пытаясь противодействовать депрессии жены, он только спровоцировал бы ее на еще большее отдаление и злость. Но игнорирование означало бы равнодушие. Тем не менее, полагаясь на принципы SET-UP, Бен мог бы взяться за эту дилемму и выяснить у Мередит, как ему (и другим) следует реагировать на ее смены настроения.

Мередит эти смены настроения, не поддающиеся лечению рядом препаратов, огорчали не меньше. Ее задача заключалась в том, чтобы замечать такие перемены, брать на себя ответственность за них и учиться адаптироваться, компенсируя их проявления. Она могла бы научиться распознавать свою депрессию и объяснять окружающим, что она не в лучшем состоянии и справляется, как может.

Общаясь с людьми, которым по тем или иным причинам нельзя объяснить ситуацию, Мередит могла бы занять сдержанную позицию и активно пытаться избежать некоторых требований к ней. Ее главной целью было бы достижение постоянства — последовательного, надежного поведения и подходов к себе и остальным.

Как быть с импульсивностью

Импульсивные действия могут очень расстраивать друзей и родственников человека с ПРЛ, особенно если он ведет себя саморазрушительно. Импульсивность особенно тревожит тогда, когда она проявляется (как это часто бывает) в относительно стабильный период жизни пограничной личности. На деле импульсивное поведение может давать о себе знать именно потому, что жизнь налаживается, а человек чувствует себя некомфортно без кризисного состояния.

Например, Ларри жил в довольно скучном браке. Прожив вместе больше 20 лет, они с Филлис редко общались друг с другом. Она растила их сыновей, пока Ларри трудился на большую компанию. Его жизнь напоминала добровольное тюремное заключение, состоящее из повседневной рутины и компульсивного поведения. Он часами одевался, чтобы правильно подобрать костюм. Ночью перед сном он совершал различные ритуалы, чтобы ощущать контроль: открывал двери шкафа особым образом, тщательно вычищал раковину в ванной, раскладывал по определенной схеме мыло и туалетные принадлежности.

Но при всей этой жестко регламентированной рутине Ларри мог ни с того ни с сего напиться, ввязаться в драку или внезапно уехать из города на целый день без предупреждения. Два раза он импульсивно принимал

лекарства для сердца до передозировки, «чтобы посмотреть, что будет». Обычно он просто впитывал злость Филлис, становясь мрачным и тихим, но время от времени нападал на нее, причем часто из-за каких-то мелочей.

Иногда он месяцами не брал в рот ни капли спиртного, а затем, как будто бы в награду за воздержание, напивался до буйного и шумного состояния. Его жена, друзья и консультанты умоляли и угрожали, но ничего не помогало.

Техники SET-UP помогли бы Филлис справиться с импульсивностью Ларри. Вместо того чтобы упрашивать и угрожать, она могла бы подчеркнуть свою заботу о Ларри (*Поддержка*) и растущее осознание того, что его все больше и больше не устраивает его жизнь (*Сочувствие*). *Правда* должна была бы подчеркнуть ее собственное расстройство из-за происходящего и острую потребность сделать с этим что-нибудь, например начать лечение.

Также часто помогает способность предсказать импульсивное поведение на основе прошлого опыта. Например, после периода трезвости Филлис могла нейтрально и поделовому напомнить Ларри, что раньше, когда все шло хорошо, он копил в себе давление, которое в итоге разражалось взрывом запоев. Указав на предыдущие примеры, можно сделать человека с ПРЛ более осведомленным о чувствах, которые предшествуют прорыву импульсивности. Такие указания должны сопровождаться выражением *Поддержки*, чтобы их нельзя было интерпретировать как критику в духе «ну вот, опять». Таким образом, пограничная личность усваивает, что поведение, которое ей казалось хаотичным и непредсказуемым, на самом деле можно предвидеть, понять, а значит, и контролировать. Тем не менее, даже если пограничная личность чувствует, что ее критикуют, предвидение может стимулировать

упрямство, которое будет мотивировать ее не повторять деструктивные модели, чтобы сказать «знай, вот так-то!».

В итоге в ходе терапии Ларри начал понимать, что поведение, которое казалось ему непредсказуемым, на самом деле отражало его злость на себя и других. Он осознал, что становился жестоким по отношению к жене и начинал пить, когда разочаровывал себя. Импульсивное поведение вызывало чувство вины и самобичевание, которое, в свою очередь, служило искуплением его грехов. Когда Ларри начал больше ценить себя и уважать собственные идеалы и убеждения, его деструктивные всплески поведения пошли на убыль.

Как понять собственные эмоции

Присоединяясь к пограничной личности в ее путешествии по эмоциональным американским горкам, вы тоже должны быть готовы пережить целый спектр ощущений, особенно чувство вины, страх и злость. Находясь в припадке саморазрушения, человек с ПРЛ может казаться беспомощным и перекладывать ответственность за свое поведение на других, которые будут принимать ее с чрезмерной готовностью. Вина — это значительная помеха честной конфронтации. Аналогично и физический вред, наносимый пограничной личностью другим или себе, может также быть сильным сдерживающим фактором при взаимодействии. Злость — распространенная реакция на попытки манипулирования со стороны других или просто на непонятное или неприятное поведение.

Мать Лоис часто ей звонила, жалуясь на сильные головные боли, одиночество и в целом на отвращение к жизни. В то время как ее отец уже давно умер, а другие дети

отдалились от семьи, Лоис оставалась «хорошей дочерью», единственным ребенком, которому было не все равно.

Лоис чувствовала себя виноватой, когда ее мать страдала одна. Несмотря на любовь и чувство вины, дочь начинала злиться, когда видела, что мать становится все более беспомощной и не хочет заботиться о себе. Лоис начала понимать, что та ее просто использует. Но в ответ на любые выражения недовольства мать просто еще сильнее плакала и проявляла бессилие, из-за чего Лоис чувствовала себя еще более виноватой, и этот цикл повторялся снова и снова. И только когда Лоис сама выпуталась из этой замкнутой системы, ее мать была вынуждена стать более самодостаточной.

Особые проблемы воспитания

Многие пациенты с ПРЛ описывают одни и те же характерные черты своего детства. Часто оказывается, что одного родителя в семье не было или же он регулярно отсутствовал, имел отнимающие все время интересы вне дома, хобби или карьерные амбиции, злоупотреблял алкоголем или наркотиками.

Если оба родителя жили в одном доме, их отношения часто не были гармоничными. Нередко отсутствовало единодушие по вопросам воспитания детей, вследствие чего один родитель, чаще всего мать, принимал на себя основные обязанности. Такие родители редко могут выступать единым совместным фронтом в поддержке своих детей. В результате мир для них полон непоследовательностей и ошибок. Когда ребенку нужна структурированность, он получает противоречивость; когда ему нужна

однозначность, он получает амбивалентность. Таким образом, будущая пограничная личность лишена возможности сформировать устойчивое ядро своей идентичности.

Нередки ситуации, когда мать пограничной личности явно страдает какой-либо болезнью, но чаще всего патология бывает скрытой. Иногда она даже кажется окружающим «идеальной матерью» из-за своей тотальной «преданности» детям. Однако, если присмотреться, станет очевидно, что она чрезмерно вмешивается в жизни детей, поощряет взаимную зависимость и не желает позволить им взрослеть и естественным образом отделяться.

Особенно трудно сохранять последовательный подход к воспитанию, если родители расстались или развелись. Это может быть нелегким испытанием для страдающего ПРЛ родителя, который осознанно или невольно использует детей как оружие в битве с бывшим супругом. Второй родитель должен стремиться минимизировать конфликт, тщательно сберегая силы для крупных битв. Попытка защититься или спорить с обвинениями не только не ослабит негодование пограничной личности, но еще и запутает детей. Часто лучшим вариантом будет перенаправить разговор в другое русло, уведя его от личных отношений. Попытайтесь заставить супруга сконцентрироваться только на том, «что будет лучше для детей». Обычно в этих случаях возможно найти общую почву и минимизировать конфликт.

Расставания

Расставания с родителями, особенно в течение первых нескольких лет жизни, часто встречаются в биографиях пациентов с ПРЛ. На первый взгляд такие расставания могут показаться незначительными, однако они дают

огромный эффект. Например, рождение брата или сестры на несколько недель отрывает мать от всего остального, но, вернувшись, она больше не так отзывчива по отношению к старшему ребенку; в его глазах мать исчезла, а ее заменила какая-то другая женщина, занятая в первую очередь младенцем. Здоровые дети в здоровой среде легко переживают эту травму, но для предрасположенных к ПРЛ детей в пограничной среде это может стать лишь началом серии потерь и одиночества. Длительная болезнь, частые путешествия, развод или смерть родителя также лишают развивающегося малыша устойчивого присутствия матери в решающие моменты, что может сказаться на его способности питать доверие и ощущать константность в нестабильном и ненадежном мире.

Детская травма насилия

Физическое и/или сексуальное насилие — распространенная травма в истории развития пограничной личности. Когда ребенок подвергается насилию, он всегда винит в этом себя, потому что (сознательно или подсознательно) выбирает лучшую для себя альтернативу. Виня взрослого, он будет напуган своей зависимостью от некомпетентных людей, которые не способны о нем позаботиться. Если ребенок не винит никого, боль становится произвольной и непредсказуемой и поэтому еще более пугающей, потому что у него нет никакой надежды ее контролировать. Если же брать вину на себя, то жестокость проще понять, а значит, и контролировать — ребенок чувствует, что каким-то образом провоцирует насилие, и сможет найти способ прекратить его или же опустит руки и признает, что он «плохой».

В таких ситуациях пограничная личность рано узнает о своей негодности и о том, что из-за нее происходят

плохие вещи. Она начинает ожидать кары и чувствует себя в безопасности, только когда ее наказывают. Позднее пограничная личность может поддерживать это знакомое и успокаивающее чувство бичевания, причиняя себе вред. Иногда насилие кажется человеку с ПРЛ проявлением любви, и тогда он начнет переносить его и на своих детей. Будучи взрослым, он остается запертым в противоречивом мире ребенка, где переплетаются любовь и ненависть, где существует только хорошее и плохое без какой-либо середины и где только непоследовательность последовательна.

Насилие иногда принимает более скрытые формы по сравнению с физической жестокостью или сексуальной извращенностью. Эмоциональное насилие — выражающееся в вербальных оскорблениях, сарказме, унижениях или безразличном молчании — может истощать не меньше физического.

Отец Стефани никогда не хвалил ее. Он называл девочку «толстушкой» и смеялся над ее неуклюжими попытками быть сорванцом и порадовать его участием в спортивных соревнованиях. Она была «глупой», когда ее оценки хоть немного недотягивали до идеальных или когда она разбивала тарелку, убираясь на кухне. Он высмеивал ее платье без бретелек на школьном балу и в день выпускного заверил ее в том, что она ничего не добьется.

Взрослая Стефани всегда сомневалась в себе, никогда не доверяя комплиментам и безнадежно стараясь понравиться людям, которых невозможно было удовлетворить. После длинной череды разрушительных отношений Стефани наконец встретила Теда, который казался заботливым и понимающим. Однако на каждом шагу Стефани пыталась саботировать их отношения, все время испытывая его на преданность и сомневаясь в его привязанности,

будучи убежденной, что никто из дорогих ей людей не мог ценить ее в ответ.

Теду нужно было понять историю Стефани и признать, что доверие нельзя установить иначе как через долгое время. Не всякий готов на это. Но Тед был готов.

Как распознать ПРЛ у подростка

Проблемы подростков и людей с ПРЛ очень похожи: и те и другие пытаются обрести индивидуальность и отделиться от родителей, ищут связей с друзьями и идентификации с различными группами, пытаются избежать одиночества, склонны к резким сменам настроения и в целом довольно импульсивны. Тинейджер легко отвлекается на новые проблемы, так же, как пограничная личность, испытывает сложности с постановкой четкой цели и ее достижением. Эксцентричный стиль подростков в одежде, варварские пищевые привычки и пронзительная музыка обычно представляют собой попытки сформировать для себя четкую идентичность и обрести связь с определенной группой сверстников; к тому же стремятся и люди с ПРЛ.

Нормальный подросток может слушать мрачную музыку, писать пессимистичные стихи, почитать знаменитостей, совершивших суицид, театрально кричать, плакать и угрожать. Однако нормальный подросток не режет себе руки, не страдает приступами переедания с последующей спровоцированной рвотой по несколько раз в день, не подсаживается на наркотики и не нападает на мать; и именно эти крайние проявления предвещают развитие ПРЛ.

Некоторые родители отрицают серьезность проблем подростка (передозировка наркотиками, например), списывая их на обычные попытки привлечь к себе внимание. И хотя дети и правда зачастую добиваются этого довольно

драматичными способами, ни попытки суицида, ни другие виды деструктивного поведения не являются нормой. Наоборот, они говорят о начинающемся пограничном синдроме или другом расстройстве и должны получить оценку специалиста. По сравнению с тинейджерами, страдающими от других психических расстройств, подростки с ПРЛ испытывают наиболее серьезные патологические проявления и дисфункции. Среди них повышен уровень заболеваемости ЗППП и других медицинских проблем. Они подвержены более высокому риску злоупотребления алкоголем, сигаретами и другими наркотическими веществами[1].

Обычно окружающие — родители, преподаватели, работодатели, друзья — могут заметить, что нормальный подросток переходит грань пограничного поведения, даже раньше, чем он сам. Продолжительное употребление наркотиков, серии беспокойных отношений или анорексичное голодание — верные признаки того, что речь идет о более серьезных проблемах. Исследование должно фокусироваться не столько на отдельных симптомах, сколько на всем поведении подростка. Особо важно это при оценке возможности суицида.

Суицид — главная причина смертей среди подростков, особенно часто встречающаяся среди тех, кто страдает от депрессии, употребляет наркотики, ведет себя импульсивно или жестоко и имеет мало систем поддержки — все это характерные признаки ПРЛ[2, 3]. Угрозы навредить себе всегда нужно воспринимать всерьез. Попытки нанести себе увечья или покалечить себя «только чтобы привлечь внимание» могут окончиться трагичными случайностями. Родители, пытающиеся различить «настоящий суицид» и «охоту за вниманием», упускают самое важное — оба эти вида поведения представляют

собой серьезную патологию и требуют лечения, а часто и госпитализации.

Работа рядом с пограничным человеком

В рабочей среде людей с ПРЛ часто считают «странными» или «чудаковатыми»: они могут стремиться к изоляции, избегать личных контактов и отталкивать окружающих своей аурой угрюмости, подозрения или эксцентричности. Некоторые из них часто жалуются на физические недуги или личные проблемы, а иногда демонстрируют вспышки паранойи и ярости. Однако другие могут вести себя совершенно нормально в рабочих ситуациях, но им неловко и некомфортно находиться среди коллег вне рабочего места.

Многие работодатели вводят Программы помощи сотрудникам (ППС), нанимают штатных консультантов и открывают специальные отделения для помощи работникам, борющимся с алкогольной или наркотической зависимостью. Сегодня многие ППС поддерживают еще и сотрудников с другими эмоциональными проблемами, а также с юридическими и финансовыми трудностями.

Многие консультанты ППС хорошо справляются с выявлением характерных признаков алкогольной или наркотической зависимости, а также других психических заболеваний, таких как депрессия или психоз, но им могут быть хуже знакомы более тонкие симптомы ПРЛ. Несмотря на то что начальник, коллеги, консультант и даже сам работник могут осознавать, что с ним что-то не так, человек с ПРЛ зачастую не получает направление на лечение, если консультант не сумеет связать его симптомы с каким-либо более известным расстройством.

Потенциальный работодатель может заподозрить пограничные характеристики в соискателе, который часто менял работу. Уход с предыдущих мест службы при этом нередко объясняется «личностными конфликтами» (что часто бывает правдой). Иногда причиной увольнения становятся значительные перемены — приход нового начальника, установка другой системы ПО или уточнение должностных инструкций, — нарушившие структурированную рутину.

Креативность и преданность работе часто делают пограничную личность ценным сотрудником. Когда он на пике активности, его деятельность бывает яркой, мотивирующей и вдохновляющей. Большинство работников с ПРЛ лучше всего выполняют свои функции в понятной, структурированной среде, когда точно знают, чего от них ждут.

Коллеги будут чувствовать себя комфортно рядом с пограничной личностью, если с пониманием отнесутся к ее склонности видеть работу в черно-белых красках и потребности в четко определенной структуре. Им следует избегать подтрунивания над человеком с ПРЛ и воздерживаться от «добродушных» насмешек, которые он может неверно истолковать. Если он становится объектом шуток со стороны других, имеет смысл вмешаться. Частые похвалы за хорошую работу и деловые, сделанные без укора указания на ошибки с конструктивными предложениями помогут сотруднику с ПРЛ нормально работать.

Аналогично, если человек с ПРЛ занимает руководящую должность, работникам важно понимать его черно-белое мышление и учиться иметь с ним дело. Сотрудники должны привыкнуть к изменчивости руководителя, чтобы это как можно меньше задевало их чувства. Им следует избегать вступления в логические споры, потому что пограничным личностям трудно быть последовательными.

Для получения объективных оценок полезно искать союзников в других подразделениях организации.

Игра с пограничным человеком

В играх пограничные личности обычно непредсказуемы и иногда приводят окружающих в крайнее замешательство. Из-за трудностей с расслаблением люди, страдающие ПРЛ, часто относятся к играм слишком серьезно. Представьте себе, например, партнера по парному теннису, который сначала кажется приятным парнем, но по ходу партии все больше злится и расстраивается. Несмотря на постоянные напоминания о том, что «это всего лишь игра», он гневно топает, проклинает себя, швыряет ракетку и клянется бросить спорт. Или представьте тренера баскетбольной команды вашего сына — парень хорошо работает с детьми, но внезапно начинает оскорблять подростка-арбитра или злобно унижает собственного ребенка — на которого он смотрит как на продолжение себя — за то, что тот выбивает в аут, когда заняты все базы. В этих примерах описаны черты, похожие на симптомы ПРЛ, но не обязательно связанные с ним. Однако если такое поведение проявляется в крайних формах или довольно регулярно, это может свидетельствовать о том, что перед вами настоящая пограничная личность.

Напряженность пограничной личности мешает ей расслабляться и веселиться. Попытки других развеселить ее обычно вызывают в ответ только разочарование и злость. Человека с ПРЛ практически невозможно «растормошить шутками». Если вы решите продолжить играть в теннис с таким партнером, разумное применение принципов SET-UP может сделать этот опыт более терпимым.

Пограничное взросление

Взрослые высокоактивные пограничные личности, даже не излечившиеся полностью, способны успешно строить карьеру, выполнять традиционные семейные роли, заводить друзей и приобретать другие системы поддержки. Они могут в целом быть довольны жизнью в своем отдельном углу существования, несмотря на повторяющиеся разочарования в себе и других, оказавшихся в этой нише.

Однако людям с более тяжелой формой ПРЛ сложнее сохранять работу и друзей, у них зачастую отсутствует семья и системы поддержки; они могут одиноко обитать в полных отчаяния «черных дырах» своей личной вселенной.

Для всех пограничных личностей характерен элемент непредсказуемости и неустойчивости в поведении. В одиноких и изолированных индивидах он проявляется более очевидно, но те, кто близко знаком с довольным жизнью семьянином, тоже могут заметить в его поведении непоследовательности, которые противоречат поверхностным рациональным мотивам. Даже успешного бизнесмена или специалиста с ПРЛ коллеги могут считать странноватым, даже если им трудно сказать, что именно создает эту ауру несбалансированности.

По мере взросления многие пограничные личности «вызревают». Импульсивность, скачки настроения и саморазрушительное поведение снижают свою мощь. Иногда это становится объективным отражением перемен в субъективной оценке тех, кто живет и работает с такими людьми; через какое-то время друзья и близкие могут просто приспособиться к непредсказуемым действиям и больше не замечать их или не реагировать на них.

Возможно, это происходит потому, что пограничная личность обустраивается в своем рутинном образе жизни, который для достижения целей больше не требует периодических взрывов: запоев, угроз суицида или других драматичных жестов. Возможно, с возрастом человек с ПРЛ утрачивает энергию или выносливость для поддержания буйного ритма пограничной жизни. Возможно, у некоторых по мере взросления естественным образом происходит исцеление. В любом случае большинство больных с ПРЛ со временем идут на поправку, как с лечением, так и при его отсутствии. В большинстве случаев можно говорить о «выздоровлении» в том смысле, что больше не соблюдается требование наличия пяти из девяти симптомов. Долгосрочный прогноз для этой изматывающей болезни внушает большие надежды (см. главу 7).

Таким образом, те, кто делит жизнь с пограничной личностью, могут ожидать, что со временем терпеть ее поведение станет проще. Импульсивные реакции станут более предсказуемыми, а значит, и более контролируемыми, и пограничная личность может более здоровым образом научиться любить и быть любимой.

ГЛАВА 7

Обращаясь за лечением

Думаю, похожу еще годик и, если так и не поможет, отправлюсь в Лурд паломником.

к/ф «Энни Холл», реж. Вуди Аллен; о психиатре

Однажды доктор Смит, известный всей стране психиатр, позвонил мне проконсультироваться относительно своей племянницы. Она страдала от депрессии, и ей был необходим хороший психотерапевт. Он позвонил сказать, что порекомендовал меня.

Назначить встречу было нелегко. Она не могла перестроить свое расписание, так что я изменил и перетасовал собственный график, подстраиваясь под нее. Я чувствовал на себе давление из-за необходимости быть услужливым и прекрасным, чтобы оправдать веру доктора Смита в меня. Я тогда только начал практиковать и нуждался в оценке моих профессиональных навыков. И все же я знал, что эти ощущения — плохой знак: я нервничал.

Джули оказалась поразительно привлекательной. Высокая блондинка — такая легко могла бы стать моделью. Ей было 25, она изучала право, была талантливой и одаренной. Она опоздала на 10 минут, не извинившись за это небольшое прегрешение и даже не упомянув о нем. Когда она села напротив, я заметил, что ее макияж глаз несколько тяжеловат, как будто она пыталась скрыть печаль и изнеможение.

Джули была единственным ребенком и очень зависела от своих успешных родителей, которые постоянно находились в поездках. Из-за того что она не выносила одиночество, она прошла через целую серию отношений. Когда мужчина разрывал с ней связь, она впадала в глубокую депрессию, пока не находила нового партнера. Сейчас у нее был период «промежутка между отношениями». Последний мужчина ушел, и «никто не мог его заменить».

Довольно скоро ее лечение превратилось в рутину. Ближе к концу сессии она неизменно поднимала какой-нибудь важный вопрос, так что наши встречи заканчивались немного позднее намеченного времени. Звонки между приемами участились, и разговоры продолжались все дольше.

На протяжении первых полутора месяцев мы встречались раз в неделю, но потом по взаимному согласию решили увеличить частоту встреч вдвое. Она говорила об одиночестве и проблемах с расставаниями, но продолжала чувствовать себя безнадежно покинутой. Она рассказала мне, что часто взрывается от злости на своих друзей, хотя мне трудно было себе это представить, потому что в моем кабинете она всегда вела себя очень спокойно. У нее появились проблемы со сном, пропал аппетит, она теряла в весе, начала говорить о суициде. Я прописал ей антидепрессанты, но она чувствовала себя еще более подавленной и не могла сконцентрироваться во время учебы. Наконец, спустя три месяца лечения, она сообщила, что мысли о суициде овладевают ею все больше и что она представляет свое повешение. Я порекомендовал ей госпитализацию, на которую она нехотя согласилась. Очевидно, что эта неослабевающая депрессия требовала более интенсивной работы.

Впервые я лично увидел ее злость в день поступления в больницу, когда Джули описывала свое решение лечь

на лечение. Негромко плача, она говорила о страхе, с которым объясняла госпитализацию своему отцу.

Затем ее лицо внезапно ожесточилось, и она произнесла: «А знаете, что сделала эта сука?» Я не сразу понял, что теперь Джули говорила об Ирен, медсестре, которая оформляла ее в отделении. Джули гневно описала невнимательность сотрудницы, ее неуклюжее обращение с манжетой тонометра и то, как она перепутала подносы с обедом. Выражение гнева и ужаса исказило утонченную красоту девушки. Когда она резко ударила по столу, я подскочил от неожиданности.

Через несколько дней Джули уже подняла все больничное отделение на уши своими запросами и гневными тирадами. Некоторые медсестры и пациенты пытались ее успокоить и усмирить; другие сердились, когда она швырялась обвинениями (и предметами) и уходила с групповых сеансов. «Доктор, вы знаете, что сегодня утром устроила *ваша* пациентка?» — спросила медсестра, как только я поднялся на этаж. Акцент она явно делала на слове «ваша», как будто я лично отвечал за поведение Джули и заслуживал упреков за то, что не контролировал ее. «Вы слишком ее защищаете. Она вами манипулирует. Ей нужно противостоять».

Я тут же встал на защиту себя — и Джули. «Ей нужна поддержка и забота. Ее нужно перевоспитать. Ей нужно научиться доверию». Да как они смеют сомневаться в моих заключениях! А смею ли я сам?

На протяжении первых нескольких дней Джули жаловалась на медперсонал, других пациентов и врачей. Она говорила, что я чуткий и заботливый, что я понимаю и знаю гораздо больше, чем остальные ее врачи.

Через три дня Джули настояла на выписке. Сотрудники больницы были настроены скептически; они недостаточно

хорошо ее знали. Она почти не рассказывала о себе ни им, ни на групповых занятиях. Она говорила только со своим врачом, но уверяла его, что ее суицидальные настроения улетучились и ей надо «возвращаться обратно к жизни». В итоге я разрешил ей выписку.

На следующий день она на шатающихся ногах пришла в отделение экстренной помощи, пьяная и с порезами на запястьях. Мне не оставалось ничего другого, кроме как снова поместить ее в палату. Хотя сотрудники больницы и не произносили вслух ничего вроде «так мы и знали», их надменные взгляды были однозначны и невыносимы. Я начал избегать их еще активнее, чем раньше. Я продолжил терапию Джули на индивидуальной основе и освободил ее от групповых сеансов.

Два дня спустя она потребовала выписки. Когда я отклонил эту просьбу, она взорвалась. «Я думала, вы мне доверяете. Я думала, вы понимаете меня. А вас волнует только власть. Вам просто нужно контролировать людей!» — заявила она.

Я подумал, что она может быть права. Что, если я слишком стремлюсь к контролю, слишком не уверен? Или же она просто давит на мою уязвимость, на мою потребность казаться заботливым и заслуживающим доверия? Она подливает масло в огонь моей вины и мазохизма? Кто здесь жертва: она или я?

«Я думала, вы другой, — говорила она. — Я думала, вы особенный. Я думала, вам правда не все равно». Беда в том, что сам я думал так же.

К концу недели страховая компания названивала мне ежедневно, задавая вопросы о необходимости ее дальнейшей госпитализации. Заметки больничного персонала свидетельствовали о том, что Джули утверждала, будто больше

не намерена вредить себе, и настаивала на выписке. Мы согласились отпустить ее из больницы при условии, что она продолжит участвовать в дневной программе — посещать групповые занятия по расписанию, а затем возвращаться домой. На второй день амбулаторного лечения Джули опоздала, придя растрепанной и с похмелья. Она слезно пересказала неприятную историю о том, как прошлым вечером повстречалась в баре с незнакомцем. Для меня ситуация прояснялась. Она умоляла дать ей границы, контроль и структурированность, но не могла признать эту зависимость. В результате она вела себя вопиющим образом, который делал бы контроль неизбежным, а затем злилась и отрицала, что сама этого хочет.

Я это видел, а вот она — нет. Постепенно я перестал предвкушать предстоящие встречи. На каждом сеансе я сталкивался с напоминанием о моем провале и ловил себя на желании, чтобы она либо поправилась, либо исчезла. Слова Джули о том, что врач ее бывшей соседки по комнате, возможно, подошел бы ей лучше, я интерпретировал как желание убежать от себя и реальных проблем. Я знал, что такая перемена на этом этапе будет для нее контрпродуктивна, но я молча надеялся, что она сменит врача — надеялся ради *себя*. Она все еще вела разговоры о самоубийстве, и я виновато задумался о том, что, если бы она уже совершила суицид, мне было бы легче. Перемены в ней изменили и меня, превратив из мазохиста в садиста.

На третьей неделе вне больницы Джули узнала о том, что другой пациент повесился, когда уехал домой на выходные. Испугавшись, она яростно кричала: «Почему вы и эти медики не знали, что он собирается покончить с собой? Как вы могли позволить ему сделать это? Почему не защитили?»

Джули была опустошена. Кто же тогда защитит *ее*? Кто прекратит ее боль? Наконец я понял, что это придется сделать ей самой. Никто не смог бы залезть в ее шкуру. Никто не смог бы полностью понять и защитить Джули. Сперва это осознал я, а через какое-то время начала сознавать и Джули.

Она видела, что, как бы она ни пыталась убежать от своих чувств, она не могла скрыться от себя. Как бы ей ни хотелось уйти от того плохого человека, которым она себе казалась, ей нужно было научиться принимать себя со всеми недостатками. В итоге она бы увидела, что это нормально — просто быть Джули.

Ее злость на персонал постепенно переместилась на пациента-самоубийцу, который «не дал себе второго шанса». Когда она осознала его ответственность за это, она начала понимать и свою. Она обнаружила, что те, кто действительно заботился о ней, не позволяли ей творить что заблагорассудится, как это делали ее родители. Иногда забота предполагает ограничения, вынуждает говорить человеку то, что он не хочет слышать. И в этом случае Джули необходимо было напомнить о ее ответственности перед собой.

Прошло немного времени, прежде чем все мы — Джули, медперсонал и я — начали работать совместно. Я перестал лезть вон из кожи, чтобы понравиться, казаться мудрым и непогрешимым; куда важнее было быть последовательным и надежным — *быть рядом*.

Через несколько недель Джули покинула больничную программу лечения и вернулась к сеансам индивидуальной психотерапии. Она все еще была напугана и одинока, но уже не чувствовала потребности навредить себе. Что еще более важно, она принимала тот факт, что она

способна пережить одиночество и страх, при этом не переставая заботиться о себе.

Спустя какое-то время Джули встретила нового мужчину, который действительно заботился о ней. Что же касается меня, я извлек те же уроки, что и Джули: негативные эмоции во многом определяют мою сущность, и принятие этих частей себя помогает мне лучше понимать моих пациентов.

Начало лечения

Психотерапевты, занимающиеся лечением ПРЛ, часто обнаруживают, что это оказывается серьезным испытанием их профессиональных способностей и терпения. Сеансы могут быть шумными, разочаровывающими и непредсказуемыми. Лечение продвигается с черепашьей скоростью, и для настоящих перемен иногда требуются годы. Многие пациенты с ПРЛ бросают походы к психотерапевту в первые несколько месяцев.

Лечение вызывает такие сложности потому, что пограничная личность во многом реагирует на него так же, как на другие личные отношения. В один момент врач кажется ей заботливым и мягким, а в следующий — уже коварным и опасным.

Во время лечения пограничные пациенты могут проявлять требовательность и зависимость, пытаться манипулировать врачом. Для них нет ничего необычного в том, чтобы постоянно названивать психотерапевту между сеансами, а затем внезапно появляться в его кабинете, угрожая причинить себе вред, если он не примет их немедленно. Гневные тирады против врача и процесса

лечения — это тоже довольно частое явление. Нередко люди с ПРЛ очень тонко чувствуют больные места психотерапевта и в итоге провоцируют его на злость, разочарование, сомнения в себе и безнадежность.

Учитывая широкий спектр возможных причин ПРЛ и его крайние поведенческие проявления, существует множество методов лечения этого расстройства. В соответствии с «Практическими инструкциями по лечению пациентов с пограничным расстройством личности» Американской психиатрической ассоциации, «основной метод лечения пограничного расстройства личности — психотерапия, дополненная направленной на устранение конкретных симптомов фармакотерапией»[1]. Психотерапия осуществляется в рамках индивидуальных, групповых или семейных сеансов, а также стационарно и амбулаторно. Возможно сочетание терапевтических методик, например индивидуальной и групповой. Существуют более «психодинамические» подходы, в рамках которых упор делается на связь прошлого опыта и бессознательных ощущений с поведением в настоящем. Другие подходы могут более когнитивными и директивными, сфокусированными на изменении текущего поведения, а не на обязательном исследовании подсознательных мотиваций. Некоторые виды лечения ограничены по времени, но чаще таких рамок нет.

Отдельных видов лечения обычно стремятся избегать. Так, редко применяется модификация поведения. Классический психоанализ с кушеткой и «свободными ассоциациями» в неструктурированной обстановке может выматывать пациента с ПРЛ, обрушивая его примитивные защитные механизмы. Гипноз как терапевтическая техника также обычно не используется вследствие того, что незнакомое ощущение транса может спровоцировать панику и даже психоз.

Цели лечения

Все терапевтические походы нацелены на достижение общей цели: более эффективное функционирование человека в мире, который будет казаться ему менее таинственным и опасным и более приятным. Процесс обычно предполагает понимание непродуктивности сложившегося поведения. Это самая легкая часть. Сложнее бывает переработать старые рефлексы и сформировать новые способы справляться с жизненными стрессами.

Важнейшая часть любого лечения — отношения между пациентом и психотерапевтом. Их взаимодействие формирует основу для доверия, объектной константности и эмоциональной близости. Врач должен стать доверенным лицом, зеркалом, отражающим складывающуюся устойчивую идентичность. Именно с этих отношений пограничная личность учится распространять соответствующие ожидания и доверие на других.

Основная цель терапевта — потерять (а не сохранить) пациента. Для этого необходимо направлять внимание пациента на отдельные области изучения, а не контролировать его. Хоть психотерапевт и служит навигатором, указывая путь и помогая обойти бурю, именно пациент должен всегда оставаться в кресле пилота. В это путешествие иногда отправляются еще и друзья и близкие. Главная задача — вернуть пациента домой и улучшить его взаимоотношения с окружающими, а не заставить покинуть их.

Некоторые люди боятся психиатрии и психотерапии, считая их формой «контроля разума» или модификации поведения: беспомощных зависимых пациентов превращают в роботов бородатые, похожие на Свенгали гипнотизеры. Цель психотерапии — помочь пациенту обрести

свою идентичность, свободу и личное достоинство. К сожалению, как некоторые люди ошибочно полагают, что можно загипнотизировать человека против его воли, так другие верят, что можно «поддаться влиянию психотерапии» против своего желания. Популярная культура, и особенно кинематограф, часто изображает «мозгоправа» либо неумелым дураком, которому терапия нужна едва ли не больше, чем его пациентам, либо подлым и хитрым преступником. Такие иррациональные страхи лишают людей возможности сбежать из плена, в который они заточили себя сами, и принять себя.

Продолжительность лечения

Из-за былой славы психоанализа, который обычно требует несколько лет интенсивных и частых сеансов, большинство людей считают, что любая форма психотерапии длится долго, а значит, и стоит дорого. Добавление препаратов и специализированных методик в психотерапевтический арсенал — это ответ на потребность в практичном и доступном лечении. Сломанные кости срастаются, а инфекции проходят, в то время как покалеченная психика может потребовать более долгого лечения.

Если терапия заканчивается слишком быстро, стоит задуматься, не была ли она чересчур поверхностной. Если она затягивается на долгие годы, можно спросить себя, не превратилась ли она в некую интеллектуальную игру, которая обогащает психотерапевтов и финансово порабощает их зависимых и беспомощных пациентов.

Сколько должно длиться лечение? Ответ на этот вопрос зависит от конкретных целей. Целенаправленное

избавление от определенных симптомов — депрессии, сильной тревожности или вспышек гнева — может происходить в довольно короткие сроки, порядка недель или месяцев. Если же цель — более основательная перестройка, то и времени потребуется больше. Постепенно ПРЛ «излечивается». Это значит, что пациент, по строгому определению, больше не отвечает минимум пяти критериям из девяти по DSM-IV. Однако некоторые люди могут продолжать страдать от отдельных симптомов, которые потребуют дальнейшего лечения.

Терапия может быть прервана. Пограничные пациенты часто делают несколько «подходов» к лечению с разными врачами и техниками. Иногда перерывы в лечении действительно помогают закрепить навыки, опробовать новые подходы или просто догнать жизнь и позволить себе повзрослеть и созреть. Часто причиной перерыва становятся финансовые ограничения, значительные жизненные перемены или просто потребность отдохнуть от интенсивного лечения. Иногда для ощутимых перемен нужны годы терапии. Когда перемены происходят медленно, бывает непросто определить, нужно ли трудиться усерднее или «лучше уже не будет». Психотерапевт должен учитывать как боязнь пациентов с ПРЛ посмотреть в лицо своему нездоровому поведению, так и их склонность впадать в зависимость от врача (и от других людей).

Для некоторых пациентов лечение формально так никогда и не заканчивается. Для них бывает полезно поддерживать периодические контакты с доверенным психотерапевтом. Такие встречи могут считаться «пит-стопами» на пути к большей независимости, если только пациент не полагается на них как на движущую силу своей жизни.

Как работает психотерапия

Как мы увидим далее в этой и следующей главе, существует несколько общепринятых терапевтических подходов к лечению ПРЛ. Они могут применяться в рамках индивидуальных, групповых или семейных сеансов. Бо́льшая их часть основана на двух направлениях: *психодинамической психотерапии* и *когнитивно-поведенческой терапии*. В первой применяется обсуждение прошлого и настоящего, чтобы выявить модели поведения, которые могут обеспечить лучшее будущее. Эта форма более интенсивна, сеансы проводятся несколько раз в неделю и обычно продолжаются дольше. Эффективная терапия должна предполагать структурированный и последовательный формат с ясными целями. При этом необходим и некоторый уровень гибкости для адаптации к меняющимся потребностям. Когнитивно-поведенческие подходы фокусируются на изменении процесса мышления в настоящем и на повторяющемся контрпродуктивном поведении; прошлого эта методика касается в меньшей степени. Терапия больше ориентирована на проблемы и ограничена во времени. Некоторые программы лечения сочетают оба эти направления.

Независимо от структуры лечения психотерапевт старается подтолкнуть клиентов к исследованию их опыта и служит пробным камнем для экспериментов с новым поведением. В конце концов пациент начинает принимать собственные жизненные выборы и менять самовосприятие, переставая считать себя беспомощной пешкой, которой движут силы свыше. Немалая часть этого процесса начинается именно с отношений между психотерапевтом и пациентом. Часто в ходе терапии у них формируются сильные чувства, называемые *переносом* и *контрпереносом*.

Перенос

Переносом называется нереалистичная проекция на психотерапевта чувств и опыта, которые пациент пережил ранее с другими важными людьми в своей жизни. Например, пациент может разозлиться на врача, из-за того что тот напоминает ему мать, которая в прошлом провоцировала в нем ярость. Или же пациентке кажется, что она влюблена во врача, в котором видит иллюзорную всемогущую и защищающую фигуру отца. Сам по себе перенос — это не отрицательное и не положительное явление, но это всегда искажение, проекция прошлых эмоций на объекты настоящего.

Пограничный перенос, скорее всего, будет непоследовательным, как и все остальные аспекты жизни пациента. Больной может считать психотерапевта заботливым, понимающим и честным, а в следующий миг — лживым, отстраненным и бесчувственным. Такие искажения усложняют достижение союза с врачом, а формирование и поддержание такого союза — важнейшая часть любого лечения.

На начальных этапах лечения пациент с ПРЛ одновременно хочет и боится близости с психотерапевтом. Он хочет, чтобы о нем позаботились, но боится подавления и контроля над собой. Он пытается соблазнить врача на заботу о себе и бунтует против попыток «управлять его жизнью». По мере того как психотерапевт остается непреклонным и последовательным, невзирая на любое поведение пациента, формируется объектная константность — человек с ПРЛ начинает верить, что врач не покинет его. С этого плацдарма доверия он может предпринимать попытки установить новые отношения и более доверительные контакты. Однако поначалу поддержание новой дружбы зачастую нелегко дается пограничной личности,

которая в прошлом могла считать создание новых союзов формой предательства. Иногда пациент даже боится, что приятель, друг или врач приревнуют и разозлятся, если он расширит свои социальные взаимодействия.

По мере прогресса пограничного пациента он оказывается в более комфортной, доверительной зависимости. Однако перед окончанием лечения беспокойство в отношениях нередко возобновляется. Пациент может тосковать по своему старому образу жизни и сожалеть о том, что ему нужно двигаться дальше; он может чувствовать себя как выдохшийся пловец, который осознает, что уже переплыл озеро больше чем наполовину и теперь, чтобы отдохнуть, ему неизбежно придется плыть вперед, на другой берег.

На данном этапе человек с ПРЛ также должен справиться со своей самостоятельностью и признать, что это он, а не врач добивается перемен. Как Дамбо, который сначала приписывает свою способность летать «магическому перу», но затем осознает, что это его собственный талант, так и пограничная личность должна начать признавать и принимать свои способности действовать независимо. А также разрабатывать новые механизмы для того, чтобы справляться с различными ситуациями, взамен тех способов, которые больше не работают.

По мере того как состояние пациента улучшается, сила переноса сокращается. Злость, импульсивное поведение и скачки настроения, часто направленные на врача или проявляемые ради него, становятся менее выраженными. Паническая зависимость может постепенно снижаться, и ей на замену придет нарастающая уверенность в себе; вспышки злости происходят реже, и вместо них появляется большая решимость отвечать за свою жизнь. Сходит на нет нетерпимость и капризность, поскольку пациент начинает формировать собственное ощущение

своей идентичности, которое может развиваться без паразитической привязанности.

Контрперенос

Контрпереносом называется реакция психотерапевта на пациента, основанная скорее не на реальных соображениях в отношении него, а на прошлом опыте и потребностях врача. Примером этого явления может служить врач, воспринимающий пациента более беспомощным и нуждающимся в поддержке, чем это есть на самом деле, из-за своей потребности быть опекуном, казаться себе сострадающим и избегать конфронтации.

Люди с ПРЛ обычно очень тонко чувствуют других, в том числе и психотерапевта. Эта чувствительность зачастую провоцирует врача на проявление собственных неразрешенных чувств. Потребность психотерапевта в признании, привязанности и контроле иногда подталкивает терапевта к неприемлемому поведению. Он может чрезмерно опекать пациента и поощрять его зависимость. Он может стремиться к излишнему контролю и требовать, чтобы пациент в точности исполнял его рекомендации. Он может жаловаться на свои проблемы и побуждать пациента позаботиться о нем. Он может добывать у пациента информацию, которую использует для получения материальных выгод или просто для своего удовольствия. Он может даже вступать в сексуальную связь с пациентом, чтобы «научить его близости». В таких случаях все эти действия кажутся терапевту необходимой помощью «очень больному» пациенту, но в реальности они призваны удовлетворить его собственные потребности. Именно эти чувства, возникающие в результате контрпереноса, обычно приводят к большинству ситуаций неэтичного поведения доктора по отношению к пациенту.

Пограничная личность может провоцировать психотерапевта на злость, фрустрацию, сомнения в себе и безнадежность, при этом отражая в нем свои собственные чувства. Под влиянием всех этих эмоций, ставящих под сомнение его профессиональную самооценку, врач может испытать настоящую контрперенесенную ненависть к пациенту и считать его неизлечимым. Лечение пограничной личности бывает таким раздражающим, что само понятие «пограничный» профессионалы часто неточно используют как уничижительный ярлык для любого пациента, который плохо реагирует на терапию или просто выводит их из себя. В этих случаях определение «пограничный» скорее отражает фрустрацию контрпереноса психотерапевта, чем научный диагноз, поставленный им пациенту.

«Совместимость» пациента и психотерапевта

Все описанные в этой книге методы лечения могут оказаться действенными для конкретного пограничного пациента, однако ни одна терапевтическая техника не продемонстрировала неизменную универсальную эффективность во всех случаях. Единственный фактор, который последовательно коррелирует с улучшением состояния пациента, — это позитивные, взаимно уважительные отношения пациента и терапевта.

Даже если врач успешно лечил одного или многих пограничных пациентов, это не гарантирует автоматического успеха при лечении других. Главным определяющим фактором обычно является позитивное, оптимистичное чувство, разделяемое участниками лечения, — своеобразная «совместимость» пациента и психотерапевта.

Сложно точно определить хорошую совместимость, но она связана со способностью как пациента, так и врача переносить ожидаемую турбулентность в ходе терапии, при этом поддерживая крепкий союз на протяжении лечения.

Роль психотерапевта

Из-за того что лечение ПРЛ может предполагать комбинацию нескольких терапевтических техник — индивидуальная, групповая и семейная терапия, лечение препаратами и госпитализация, — роль психотерапевта в лечении варьирует так же широко, как и доступные способы терапии. Врач может быть конфронтационным или недирективным; он может либо спонтанно выдвигать предложения и рекомендации, либо инициировать меньше контактов с пациентом и ожидать, что тот примет на себя основную тяжесть ответственности за процесс лечения. Важнее даже не конкретный врач или метод лечения, а ощущение комфорта и доверия с обеих стороны. И пациент, и психотерапевт должны чувствовать друг в друге преданность, надежность и желание истинного партнерства.

Чтобы достигнуть этого взаимного комфорта, как пациент, так и врач должны понимать и разделять общие цели. Им нужно договориться о методах лечения и иметь совместимые стили общения. Но самое важное — психотерапевт должен распознавать, что он лечит именно пограничную личность.

Врач должен заподозрить ПРЛ, когда он берет пациента, чья история болезни включает противоречивые психические диагнозы, множество госпитализаций или прием массы различных препаратов. Пациент может рассказать о том, что предыдущие терапевты его «прогоняли», а в местном отделении экстренной помощи он стал

персоной нон грата, посещая его так часто, что медперсонал уже дал ему прозвище (что-то вроде «Эдди Передоз»).

Опытный врач также сможет довериться своей реакции контрпереноса на пациента. Пограничные личности обычно провоцируют других, в том числе и психотерапевта, на очень сильные эмоциональные реакции. Если уже на ранней стадии оценки пациента врач испытывает непреодолимое желание защитить или спасти его, взять за него ответственность или же злится, это может быть признаком того, что пациент страдает ПРЛ.

Выбор психотерапевта

С пограничными личностями могут одинаково хорошо работать психотерапевты, придерживающиеся различных стилей. И наоборот, врачи, обладающие специальными знаниями или интересом в области ПРЛ и обычно благополучно справляющиеся с пограничными пациентами, не гарантируют успех в каждом конкретном случае.

Пациент может выбирать из целого множества специалистов по психическому здоровью. Несмотря на то что у психиатров благодаря медицинскому образованию за плечами годы практической работы с различными психотерапевтическими техниками (и, как врачи, только они способны справиться с сопутствующими заболеваниями, прописать лекарства и оформить госпитализацию), другие опытные специалисты — психологи, социальные работники, консультанты, клинические санитары психиатрических отделений — могут также быть компетентны в сфере психотерапии пограничных пациентов.

В общем случае психотерапевт, хорошо работающий с ПРЛ, обладает определенными качествами, которые перспективный пациент обычно может распознать.

У терапевта должен быть опыт лечения ПРЛ, а сам он должен оставаться терпимым и понимающим, чтобы помочь пациенту развить объектную константность (см. главу 2). Он должен быть гибким и открытым для инноваций, чтобы адаптироваться к деформациям, которым его может подвергнуть лечение пограничного пациента. Он должен быть не лишен чувства юмора или по крайней мере чувства пропорции, чтобы представлять пациенту подходящую для него модель и защищать себя от неослабевающего напряжения, которого требует такая терапия.

Как врач оценивает пациента в ходе первых встреч, так и пациент должен оценивать врача, чтобы определить, смогут ли они сработаться.

Во-первых, пациент должен подумать, не доставляет ли ему дискомфорта личность и стиль психотерапевта. Сможет ли он говорить с ним открыто и искренне? Не кажется ли он лишком угрожающим, нахальным, бесхарактерным, обольстительным?

Во-вторых, совпадают ли оценки и цели психотерапевта с ви́дением пациента? Лечение должно быть совместной работой, в которой обе стороны разделяют одинаковые взгляды и говорят на одном языке. Какого результата стоит ждать от лечения? Как узнать, что вы уже добились желаемого? Сколько примерно времени это займет?

Наконец, приемлемы ли для пациента рекомендуемые методы? Необходимо достичь согласия относительно предложенного типа психотерапии и частоты встреч. Встречаться один на один или вместе с другими? Или же лечение будет комбинацией подходов, которая может включать, скажем, еженедельный индивидуальный сеанс в сочетании с периодическими совместными встречами с участием супруга? Будет ли терапия больше направлена на исследование или

на поддержку? Потребуются ли препараты и госпитализация? Если да, то какие и в какую больницу?

Период первоначальной оценки обычно требует минимум одного интервью, а иногда и больше. Как пациент, так и врач должны оценивать свою способность и готовность работать друг с другом. Такая оценка должна считаться обменом «без виноватых»: бессмысленно и, пожалуй, неправомерно винить психотерапевта или пациента за неспособность установить контакт. Необходимо только определить, возможен ли терапевтический союз. Однако, если пациент продолжает считать каждого попадающегося ему психотерапевта неприемлемым, необходимо поставить под вопрос его желание лечиться. Не исключено, что он ищет «идеального» врача, который позаботится о нем или которым он сможет манипулировать. Или же он просто избегает лечения, и тогда ему все же стоит выбрать пусть и неидеального доктора, чтобы попытаться улучшить свое состояние.

Мнение третьей стороны

Нередко бывает так, что терапия прекращается и начинается снова или же одна форма терапии со временем меняется на другую. Поправки бывают действительно необходимы по мере достижения прогресса в лечении.

Тем не менее иногда трудно понять, когда лечение зашло в тупик, а когда просто проходит сложный этап; нелегко бывает и отличить зависимость и боязнь двигаться дальше от мучительной реализации незаконченных дел. В такие времена встает вопрос: нужно ли двигаться дальше в том же направлении или же стоит сделать шаг назад и подумать над перегруппировкой? Нужно ли включать

в лечение членов семьи? Или попробовать групповую терапию? Пересмотреть выбор препаратов? На этом этапе может быть показана консультация с другим терапевтом. Часто лечащий врач сам предлагает такой вариант, но иногда пациент должен подумать о нем сам.

Несмотря на страхи пациента, что врача может обидеть такая просьба, компетентный и уверенный в себе специалист не будет возражать против этого или занимать оборонительную позицию. Однако само по себе такое желание стоит исследовать в ходе терапии, чтобы выяснить, не является ли стремление пациента услышать третье мнение попыткой сбежать от сложных проблем или бессознательным злым упреком. Мнение третьей стороны также может помочь как пациенту, так и психотерапевту, дав свежий взгляд на прогресс в лечении.

Как получить от терапии максимум

Чтобы лечение было эффективным, необходимо относиться к нему как к союзу и сотрудничеству — главный принцип, который пограничная личность часто теряет из виду. Вместо этого она иногда смотрит на лечение так, будто его цель — порадовать врача или побороться с ним, получить заботу или притвориться, что никаких проблем нет. Некоторые пациенты воспринимают терапию как возможность сбежать, расквитаться с кем-нибудь или завести союзника. Однако реальная цель лечения должна быть одна — *пойти на поправку*.

Пациенту с ПРЛ может быть необходимо часто напоминать о правилах лечения. Он должен понимать границы в общении с врачом, ограниченность времени и ресурсов, а также оговоренные взаимные цели.

Пациент не должен упускать из виду тот факт, что он отважно посвящает себя, свое время и ресурсы пугающему делу — попытке лучше понять себя и тем самым изменить свой образ жизни. Именно поэтому честность в ходе терапии играет первостепенную роль для *пациента*. Ему не следует скрывать болезненные участки или играть в игры с психотерапевтом, которому он доверил заботу о себе. Ему нужно отказаться от своей потребности контролировать, от желания понравиться врачу. Пытаясь хорошо сыграть предполагаемую роль, пациент с ПРЛ может забыть, что он не обязан пытаться угодить психотерапевту, а должен работать с ним как с партнером.

Что еще более важно — пациент всегда должен чувствовать, что он активно содействует лечению. Ему нужно избегать обеих крайностей: как абсолютно пассивной роли и полного подчинения врачу, так и роли вздорного и рвущегося в бой соперника, не желающего и слышать, что говорит терапевт. Формирование жизнеспособных отношений с психотерапевтом становится первой и, в сущности, важнейшей задачей пограничной личности на пути к психическому здоровью.

Терапевтические подходы

Многие клинические врачи подразделяют направления терапии на исследовательское и поддерживающее. Несмотря на то что они частично пересекаются, их отличают интенсивность терапии и применяемые техники. Как мы увидим в следующей главе, для лечения ПРЛ используется целый ряд терапевтических стратегий. Некоторые из них опираются на одно из этих направлений, другие же сочетают оба.

Исследовательская психотерапия

Исследовательская психотерапия — это модификация классического психоанализа. Сеансы обычно проводятся два или более раза в неделю. Эта форма более интенсивна, чем поддерживающая терапия (см. с. 212), и ставит более амбициозные цели — изменить структуру личности. Психотерапевт обеспечивает пациенту минимум прямых рекомендаций, вместо этого обращаясь к конфронтации, чтобы указать на разрушительность того или иного поведения и интерпретировать бессознательные прецеденты в надежде избавиться от них.

Как и при менее интенсивных формах терапии, в центре внимания оказываются проблемы здесь и сейчас. Генетическая реконструкция, концентрирующаяся на детстве и проблемах развития, важна, но на нее здесь делается меньший упор, чем в классическом психоанализе. На ранних, накладывающихся друг на друга стадиях лечения главные цели — сократить проявления разрушительного и мешающего лечению поведения (вплоть до временной приостановки терапии), укрепить решимость пациента меняться и сформировать доверительные и надежные отношения между пациентом и врачом. Последующие этапы делают акцент на формулировании самостоятельного ощущения идентичности, установке постоянных и доверительных отношений и умении справляться с одиночеством и расставаниями (включая расставания с психотерапевтом)[2, 3].

Перенос при исследовательской психотерапии более ощутим и силен, чем при поддерживающей. Зависимость от врача, его идеализация и обесценивание переживаются более страстно, как в классическом психоанализе.

Поддерживающая психотерапия

Поддерживающая психотерапия обычно проводится на сеансах раз в неделю. Используемые в исследовательской психотерапии конфронтация и интерпретация бессознательного материала заменяются здесь на прямые советы, обучение и утешение.

Этот подход считается менее интенсивным, чем исследовательская психотерапия, и способствует более адаптивной защите. При поддерживающей терапии врач может закреплять подавление, не поощряя обсуждение болезненных воспоминаний, с которыми нельзя ничего сделать. Вместо того чтобы выяснять корни мелких обсессивных забот, психотерапевт может позволять их как «хобби» или мелкие чудаковатости. Например, потребность пациента содержать квартиру в идеальной чистоте не разбирается, чтобы найти ее причины, а признается полезным способом сохранять ощущение превосходства и контроля, когда пациент чувствует себя подавленным. Это контрастирует с психоанализом, в котором стоит цель проанализировать защитные механизмы, а затем избавиться от них.

Фокусируясь на текущих и более практических проблемах, поддерживающая терапия стремится скорее подавить суицидальное и саморазрушительное поведение, а не исследовать его. Импульсивные действия и хаотические межличностные отношения выявляются и оспариваются, при этом не обязательно возникает понимание вызвавших их факторов.

Обычно поддерживающая терапия ведется на регулярной основе на протяжении некоторого времени, а затем сокращается до отдельных сеансов по мере необходимости. Редкие встречи могут продолжаться неопределенно долго,

и поэтому длительная доступность психотерапевта имеет очень большое значение. Психотерапия постепенно прекращается, когда другие формы длительных отношений и приносящей удовлетворение деятельности занимают более важное место в жизни пациента.

При поддерживающей терапии пациент обычно меньше зависит от терапевта и испытывает менее сильный перенос. Несмотря на то что некоторые клинические врачи утверждают, что эта форма терапии с меньшей вероятностью поможет произвести долгосрочные перемены в пограничных пациентах, другим удавалось добиваться значительных модификаций в поведении пограничных пациентов с помощью такого лечения.

Групповая психотерапия

Лечение пограничной личности в группе кажется совершенно логичным. Группа позволяет пациенту с ПРЛ разбавлять сильные чувства, направленные на одного индивида (в данном случае психотерапевта), через признание эмоций, вызванных другими. В группе пограничной личности проще контролировать постоянную борьбу между эмоциональной близостью и отдаленностью; в отличие от индивидуальной терапии, при которой все внимание всегда сконцентрировано на нем, в группе пациент может обращать на себя внимание или же избегать его. Противоположные мнения, высказанные членами группы, пограничная личность иногда принимает с большей готовностью, чем слова идеализированного или обесцененного психотерапевта, потому что равный пациент может казаться кем-то, «кто по-настоящему понимает, через что я прохожу». Требовательной натуре

пограничной личности, эгоцентризму, отстраненности, резкости и социальной девиантности зачастую эффективнее противостоят «коллеги» по группе. Кроме того, пограничная личность может скорее принимать групповые выражения надежды, заботы и альтруизма[4–6].

Прогресс других членов группы также способен служить моделью роста. Когда пациент из группы достигает цели, он вдохновляет других ее членов, наблюдавших его рост и косвенно разделяющих его успехи. Соперничество и состязательность, характерные для пограничных отношений, ярко проявляются в группе, и их можно идентифицировать и обсудить так, как это нельзя сделать в ходе индивидуальной терапии. В смешанной группе (то есть в такой, где сочетаются более и менее активные пограничные личности, а также и другие пациенты) все ее участники получают дополнительные выгоды. Более здоровые пациенты могут служить примером адаптивного функционирования. А тем, кто испытывает сложности с выражением эмоций, пограничные личности продемонстрируют эмоциональность. Наконец, группа представляет собой настоящую живую экспериментальную лабораторию, в которой человек с ПРЛ может испробовать разные модели поведения с другими людьми, не опасаясь наказания со стороны «внешнего мира».

Однако те же черты, которые делают групповую терапию подходящим видом лечения для пограничных пациентов, обычно вызывают протест с их стороны. Потребность в индивидуальном внимании, зависть и недоверие к другим, противоречивое желание и страх близости способствуют тому, что многие пациенты с ПРЛ неохотно идут на групповое лечение. Более здоровые пациенты могут переносить неудобства групповой психотерапии и использовать эти эксперименты «на живом организме», чтобы

справляться со своими проблемами во взаимоотношениях. Однако люди с серьезной степенью ПРЛ зачастую отказываются присоединиться к групповому лечению, а если и соглашаются, то быстро его забрасывают.

Пациент с ПРЛ может испытывать значительные трудности при психодинамической групповой терапии. Его эгоцентризм и отсутствие эмпатии часто не дают ему проникнуться проблемами других. Если проблемы пограничной личности слишком необычны или же материал чересчур сильный, она может чувствовать себя изолированной и обособленной. Например, пациент, которому нужно обсудить инцест в детстве, извращенные сексуальные практики или сильное злоупотребление наркотиками или алкоголем, может опасаться шокировать других членов группы. И действительно, некоторым из них, вероятно, будет трудно воспринимать такие вещи. Иногда людям с ПРЛ кажется, что психотерапевт не отвечает их потребностям. В таких ситуациях они могут попытаться дать друг другу ту заботу, о которой всегда мечтали сами. Это приводит к контактам пациентов вне группы и закреплению потребности в зависимости. Романы или деловые контакты между членами группы обычно заканчиваются провалом, потому что эти пациенты уже не могут использовать группу для объективного исследования взаимоотношений, которые часто становятся продолжением непродуктивного поиска заботы о себе.

Элейн, женщина 29 лет, была направлена на групповую терапию после двух лет индивидуальной психотерапии. Старшая из четырех дочерей, Элейн начала подвергаться сексуальному насилию со стороны отца, когда ей было пять, и это продолжалось более десяти лет. Она считала свою мать слабой и бестолковой, а отца — требовательным и вечно недовольным. В подростковом возрасте она

стала заботиться обо всей семье. В то время как ее сестры выходили замуж и рожали детей, Элейн оставалась одна, поступила в колледж и окончила его. У нее было мало подруг, на свидания она ходила редко. Ее романтические отношения ограничивались двумя романами с женатыми руководителями, которые были сильно старше ее. Бо́льшую часть свободного времени она посвящала семье, заботе обо всех ее больных членах и решению остальных их проблем.

Изолированная и впавшая в депрессию Элейн пошла на индивидуальную психотерапию. Признавая ограниченность своих социальных навыков, позднее она попросила направление на групповую терапию. Там она быстро утвердилась в позиции помощника для других, отрицая свои проблемы. Она часто злилась на психотерапевта, которого считала недостаточно полезным для членов группы.

Участники группы поощряли Элейн обратиться к проблемам, которым раньше она не могла взглянуть в лицо: ее постоянно сердитому виду и угрожающему выражению лица, а также выражениям, скрывающим гнев. Несмотря на то что этот процесс занял много утомительных месяцев, она в итоге смогла признать свое презрение к женщинам, ставшее очевидным в обстановке группы. Элейн осознала, что ее злость на терапевта-мужчину — это на самом деле перенесенная злость на отца, а также она признала свои компульсивные попытки повторить с другими мужчинами свою схему отношений с ним. Элейн начала в рамках группы экспериментировать со способами взаимодействия с мужчинами и женщинами. В то же время она могла оторваться от удушающей поглощенности семейными проблемами.

Большинство стандартных видов терапии (см. главу 8) сочетают групповые и индивидуальные формы. Некоторые

подходы (такие, как психотерапия, основанная на ментализации [MBT]) являются психодинамическими и исследовательскими, предполагая меньше указаний от врача. Другие (такие, как диалектическая поведенческая терапия [DBT] и системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем [STEPPS]) больше ориентированы на поддержку, работу над поведением и обучение. Упор на лекции, «домашнюю работу» и советы, а не на недирективные взаимодействия.

Семейная психотерапия

Семейная терапия — это разумный подход к лечению некоторых пациентов с ПРЛ, которые часто происходят из семей с нестабильными отношениями, сами конфликтуют с супругами и впутывают в эти конфликты своих детей.

Хотя семейная психотерапия обычно практикуется с амбулаторными пациентами, она нередко инициируется в кризисные периоды или во время госпитализации. В такой момент нежелание семьи участвовать в лечении преодолевается проще всего.

Семьи пограничных личностей часто отказываются от терапии по нескольким причинам. Они могут чувствовать ответственность за проблемы пациента и страх, что их обвинят. Также связи в пограничных семейных системах часто бывают очень жесткими; члены семьи нередко с подозрением относятся к людям со стороны и опасаются перемен. Хотя они могут (сознательно или бессознательно) быть участниками заговора, закрепляющего поведение пациента, зачастую позиция семьи характеризуется так: «Сделайте его лучше, но не вините нас, не втягивайте нас в это, а главное — не меняйте нас».

И все же пациенту необходимо получить хотя бы какую-то поддержку от семьи, потому что без нее лечение может быть саботировано. В случае подростков и молодых взрослых семейная терапия включает пациента и его родителей, а иногда братьев и сестер. Взрослый человек с ПРЛ, состоящий в браке или в серьезных отношениях, часто проходит терапию с супругом или партнером, а иногда и с детьми. (К сожалению, многие страховки не покрывают лечение, которое называется «брачными консультациями» или семейной терапией.) Динамика взаимодействия в семье пациента обычно склоняется к одной из двух крайностей: либо сильная привязанность, либо предельная отдаленность. В первом случае важно сформировать союз со всеми членами семьи, потому что без их поддержки пациент не сможет независимо продолжать лечение. Когда отношения в семье отчужденные, психотерапевт должен осторожно оценить потенциальный эффект от участия семьи: если примирение возможно и будет нормальным, оно, вероятно, станет важной целью; однако, если воссоединение кажется пагубным или недостижимым, пациенту придется оставить надежду. Оплакивание потери идеализированных взаимоотношений в семье иногда становится важным этапом терапии[7]. Члены семьи, противостоящие исследовательской психотерапии, могут, однако, быть готовы участвовать в психологически-образовательном формате вроде того, что применяется в программе STEPPS (см. главу 8).

Дебби, 26-летняя пациентка, поступила в больницу с историей депрессии, нанесения себе ран, алкоголизма и булимии. Встречи для оценки состояния в семье продемонстрировали неоднозначные, но в целом благоприятные отношения с мужем. Лечение фокусировалось на ранее неизвестных эпизодах сексуального насилия со стороны старшего соседского мальчика, начавшихся,

когда пациентке было восемь лет. Также этот мальчик заставлял ее употреблять с ним алкоголь, а потом принуждал ее пить из бутылки его мочу, которой ее потом тошнило. Когда Дебби отказывала ему, он наносил ей порезы.

Эти эпизоды из прошлого повторялись в проявлениях патологии Дебби. По мере раскрытия воспоминаний она стала лучше осознавать долго копившуюся в ней злость на пассивного отца-алкоголика и на слабую, равнодушную к ней мать, которую она не считала способной защитить ее. Хотя раньше она поддерживала отстраненные и поверхностные отношения со своими родителями, теперь она попросила о возможности встретиться с ними на сеансе семейной терапии, чтобы раскрыть свои прошлые обиды и разочарование в них.

Как она и предсказывала, ее родителям было очень некомфортно от этих откровений. Но Дебби впервые смогла в лицо высказать отцу свое отношение к его алкоголизму и озвучить свое разочарование в нем и в отстраненности своей матери. В то же время все они заверили друг друга в любви и признали свои трудности в ее выражении. Хотя она признавала, что в ее отношениях с родителями не произойдет значительных изменений, Дебби чувствовала, что многого достигла, и теперь увереннее могла принять отстраненность и неудачи в семейных делах.

Психотерапевтические подходы к семейной терапии аналогичны тем, которые применяются для индивидуального лечения. Здесь важно тщательное изучение истории, которое может потребовать составления семейного древа. Такая диаграмма нередко помогает узнать, как дедушки и бабушки, крестные родители и другие важные родственники могли повлиять на отношения в семье на протяжении поколений.

Как и индивидуальная и групповая, семейная психотерапия может быть преимущественно поддерживающе-образовательной или исследовательски-реконструктивной. В первом случае основные цели психотерапевта — создать союз с семьей, минимизировать конфликты, чувство вины и оборонительное поведение, объединить семью для достижения взаимно поддерживающих задач. Исследовательски-реконструктивная семейная терапия более амбициозна и направлена скорее на признание комплементарных ролей членов семьи в рамках ее системы, а также на активные попытки изменить эти роли.

На каком-то этапе терапии Элейн сфокусировалась на своих взаимоотношениях с родителями. После того как она лично раскрыла перед ними факт сексуального насилия со стороны отца, она продолжала чувствовать фрустрацию. Оба родителя отказывались от дальнейшего обсуждения насилия и отговаривали ее продолжать терапию. Элейн была озадачена их поведением: иногда они были очень зависимы и привязаны; в другие моменты она чувствовала себя слишком инфантилизированной, особенно когда они продолжали называть ее детской кличкой. Элейн попросила о семейных встречах, на которые они нехотя согласились.

Во время этих встреч отец Элейн постепенно признал, что ее обвинения были правдивы, хотя он и продолжал отрицать любое прямое воспоминание о его нападениях. Ее мать осознала, что во многом была эмоционально отстранена от своего мужа и детей, и признала свою прямую ответственность за происходившее. Элейн впервые узнала, что ее отец тоже подвергался в детстве сексуальному насилию. Психотерапия смогла вытащить из шкафов все скелеты и улучшить коммуникацию внутри семьи. Элейн и ее родители впервые начали говорить друг с другом как взрослые.

Артистическая и экспрессивная терапия

Индивидуальная, групповая и семейная психотерапия требует от пациентов выражения мыслей и чувств словами, однако в этой области люди с ПРЛ нередко испытывают некоторые затруднения и скорее смогут выразить внутреннее беспокойство через действия, чем вербально. Экспрессивная терапия применяет средства художественного искусства, музыки, литературы, движений тела и драмы для поощрения коммуникации нетрадиционными способами.

В ходе арт-терапии пациентов побуждают создавать рисунки, картины, коллажи, автопортреты, глиняные скульптуры, кукол и другие объекты, чтобы выразить свои чувства. Пациентам могут дать книгу с пустыми страницами, на которых им предлагают рисовать представления различных переживаний, таких как тайны, близость или скрытые страхи. Музыкальная терапия прибегает к помощи мелодии и слов, чтобы стимулировать чувства, до которых не удается достучаться как-то иначе. Музыка часто разблокирует эмоции и способствует размышлениям в спокойной обстановке. Движения тела и танец позволяют использовать для выражения эмоций физическое усилие. Другой тип экспрессивной терапии, известный как психодрама, предполагает разыгрывание пациентами и «терапевтом-режиссером» специфических проблем. Библиотерапия — еще одна терапевтическая техника, побуждающая пациентов читать и обсуждать литературу, короткие истории, пьесы, поэзию, смотреть фильмы и видео. «Кто боится Вирджинии Вульф» Эдварда Олби — популярная для чтения и особенно постановки пьеса, поскольку ее

эмоциональные сцены обеспечивают катарсис по мере того, как пациенты произносят строки ярости и разочарования, которые отражают их собственные проблемы в жизни.

Хроническая депрессия Ирен была связана с сексуальным насилием, жертвой которого она стала еще с раннего детства из-за старшего брата и о котором она начала вспоминать лишь недавно. В 25 лет она жила одна и утопала в воспоминаниях этих давних эпизодов, что в итоге привело к госпитализации из-за прогрессирующей депрессии. Из-за подавленности и привычки обвинять себя она не могла ни облечь свои воспоминания в слова, чтобы поделиться с другими, ни позволить себе испытать наполнявшую ее глубоко внутри злость.

В ходе программы экспрессивной психотерапии, сочетавшей изобразительное искусство и музыку, терапевт работал с Ирен, помогая ей осознать ярость, которой она избегала. Ее побуждали рисовать свою боль, в то время как на фоне играла громкая пульсирующая рок-музыка. Поражаясь сама себе, она изобразила пенисы, к которым затем добавила уродливые искажения. Поначалу она была напугана и смущена такими рисунками, но вскоре они заставили ее осознать и принять свою ярость и очевидное желание расплаты.

Обсуждая свою эмоциональную реакцию на эти рисунки, она начала описывать пережитое насилие и сопровождавшие его чувства. В конце концов она начала говорить более открыто наедине с врачами и в группах, что позволило ей развить превосходство над этими пугающими переживаниями и посмотреть на них с другой точки зрения.

Госпитализация

Пациенты с ПРЛ составляют 20% всех госпитализированных психиатрических пациентов, и это расстройство, несомненно, является самым распространенным в больничной среде[8]. Склонность пограничных личностей к импульсивности, саморазрушительному поведению (суицид, передозировки препаратами и наркотиками) и кратковременным эпизодам психоза обычно приводит к госпитализации.

Больница обеспечивает структурированную среду, помогающую сдержать и организовать хаотический мир пограничной личности. Поддержка и участие других пациентов и медперсонала обеспечивают ей важную обратную связь, которая бросает вызов некоторым ее ощущениям и узаконивает существование других взглядов.

Больничная обстановка минимизирует конфликты пограничной личности с внешним миром и создает благоприятные условия для исследования себя. Она также позволяет передохнуть от напряженных отношений между пограничной личностью и внешним миром (в том числе с ее психотерапевтом) и распределить эту напряженность между персоналом больницы. В такой более нейтральной среде пациент может пересмотреть свои личные цели и программу лечения.

Сначала пациент с ПРЛ обычно протестует против госпитализации, но ко времени выписки он может быть полностью поглощен больничной обстановкой и бояться выходить из нее. Он испытывает острую потребность в заботе и в то же время нередко становится лидером в своей палате, пытаясь контролировать других пациентов и «помогать» им. В некоторые моменты он кажется

подавленным своими катастрофическими проблемами; в другие же проявляет высокий уровень креативности и инициативы.

Для госпитализированного пациента с ПРЛ характерно создавать дуэт из расщепления и проективной идентификации (см. главу 2 и приложение Б) с медперсоналом. Некоторые работники больницы считают пациентов с ПРЛ жалкими, но милыми беспризорниками; другие видят в них расчетливых и жестоких манипуляторов. Эти противоположные точки зрения появляются потому, что пациент разделяет сотрудников больницы на абсолютно хорошие (поддерживающие и понимающие) и абсолютно плохие (противостоящие и требовательные) проекции, как это происходит с остальными людьми в его жизни. Когда работники принимают приписанные им проекции — как «хорошие» («Ты единственный, кто меня понимает»), так и «плохие» («Тебе все равно; ты здесь только потому, что тебе за это платят»), — круг проективной идентификации замыкается: конфликт возникает между «хорошим» и «плохим» персоналом.

В ситуации этой борьбы госпитализированный пациент повторяет свои модели межличностного общения во внешнем мире: соблазнительное желание защиты, которое в итоге приводит к разочарованию, а затем к одиночеству и, наконец, к саморазрушительному поведению и эмоциональной замкнутости.

Срочная госпитализация

С 1990-х годов программы стационарного лечения перестраивались из-за повышения стоимости больничного ухода и роста ограничений страховки. Большинство госпитализаций сегодня вызвано острыми и потенциально

опасными состояниями, в том числе попытками суицида, вспышками жестокости, психотическими срывами или саморазрушительными эпизодами (злоупотребление наркотиками, неконтролируемая анорексия/булимия и т. д.).

Краткосрочная госпитализация обычно продолжается несколько дней. За это время проводится полное физическое и неврологическое обследование. Больничная среда фокусируется на структурировании и введении ограничений. Упор делается на поддержке и позитивном отношении. Лечение концентрируется на практических адаптивных реакциях на беспокойство. Оцениваются навыки в профессии и бытовой жизни пациента. По мере необходимости и возможности инициируются совместные встречи с семьей. Закрепить взаимные ожидания и ограничения позволяет формализованный договор между пациентом и медперсоналом. Такой контракт может включать в себя описание ежедневной программы лечения, которую обязан посещать пациент, а также особые цели пациента на период госпитализации, которые персонал соглашается прорабатывать вместе с ним.

Основные цели краткосрочной госпитализации включают разрешение острых кризисов и прекращение деструктивного поведения. Например, супругу пациента, который думает о том, чтобы застрелиться, попросят убрать огнестрельное оружие из дома. Во время лечения определяются и укрепляются сильные стороны личности и среды. При этом раскрываются или пересматриваются важные проблемы лечения, могут быть рекомендованы изменения в психотерапевтических подходах и приеме препаратов. Более глубокое изучение этих вопросов ограничено в краткосрочной перспективе больничного лечения и проводится более тщательно на амбулаторной

основе или в ходе менее интенсивной программы, например частичной госпитализации (см. с. 228). Поскольку главная задача — максимально быстро вернуть пациента к жизни во внешнем мире и избежать регрессии или зависимости от больницы, планы по выписке и последующему лечению составляются сразу же после поступления пациента.

Долгосрочная госпитализация

На сегодняшний день долгосрочная госпитализация превратилась в редкое явление, доступное лишь очень богатым людям или же обладателям исключительной страховки, покрывающей психиатрическое лечение. Обычно, когда необходима продолжительная терапия, но круглосуточное пребывание в больнице не обязательно, лечение может продолжаться в более свободной обстановке, например в условиях частичной госпитализации. Сторонники долгосрочной госпитализации признают опасность регрессии в сторону беспомощности, но утверждают, что настоящие изменения личности требуют всестороннего и интенсивного лечения в контролируемой среде. Среди показаний к долгосрочному пребыванию в больнице можно назвать хронический недостаток мотивации, неадекватную или пагубную систему социальных опор (такую, как привязанность к системе патологической семьи), серьезные нарушения активности, которые препятствуют работе и самодостаточности, а также неоднократные неудачи с амбулаторной терапией и краткосрочными госпитализациями. Такие черты делают маловероятным быстрое возвращение во внешний мир.

В ходе долгосрочной госпитализации среда может быть менее структурированной. Пациента поощряют в большей степени принимать ответственность за лечение на

себя. Помимо текущих практических забот медперсонал и пациент исследуют еще и прошлое, исходные модели поведения и проблемы переноса. Больница может выступать в роли лаборатории, в которой пограничный человек идентифицирует конкретные проблемы и экспериментирует с их решениями в ходе взаимодействия с персоналом и другими пациентами.

Дженнифер (см. главу 1) в итоге поступила на долгосрочное лечение в больницу. Первые несколько месяцев она провела, прячась ото всех — в прямом и переносном смыслах. Она часто сидела в своем шкафу в палате, скрываясь от медперсонала. Через какое-то время она стала более активно взаимодействовать с психотерапевтом, злясь на него и стараясь спровоцировать его гнев. Она попеременно требовала и умоляла, чтобы ее отпустили. Когда врачи стояли на своем, она все больше говорила об отце, о том, как он был похож на ее мужа, да и вообще на всех мужчин. Дженнифер начала делиться чувствами с женской частью медперсонала — раньше это всегда давалось ей с большим трудом из-за ее недоверия и презрения к женщинам. Позднее она решила развестись с мужем и отказаться от опеки над сыном. Несмотря на то что эти действия причиняли ей боль, она считала их «бескорыстным эгоизмом» — попытка заботиться о себе была самым жертвенным и внимательным актом, на который она могла пойти ради тех, кого любила. В итоге она вернулась к учебе и получила профессиональное образование.

Цели долгосрочной госпитализации расширяют задачи краткосрочного лечения: здесь уже нужно не просто идентифицировать области с нарушениями, но также изменить эти характеристики. Повышенный контроль импульсов, менее резкие смены настроения, бóльшая способность доверять и устанавливать контакты с другими,

более четкое ощущение идентичности и умение терпеть фрустрацию — вот самые ясные признаки успешного больничного лечения. Во время продолжительной госпитализации можно решать также образовательные и профессиональные задачи. Многие пациенты в переходный период перед окончанием лечения начинают работать или получать образование. Перемены в нездоровых жизненных ситуациях — переезд, развод и т. д. — могут наконец получить свое завершение.

Величайшая потенциальная опасность долгосрочной госпитализации — регрессия. Если медперсонал недостаточно активно мотивирует пациента и противостоит ему, пограничная личность может оказаться затянутой в болото еще большей беспомощности, увеличивая свою зависимость от других.

Частичная госпитализация

Частичное (или дневное) больничное лечение — это подход, предполагающий, что пациенты посещают больничные занятия в течение части или всего дня, а вечером возвращаются домой. Программы частичной госпитализации также могут проводиться по вечерам, после работы или учебы, и предусматривать ночевку пациента в больнице, если у него нет других альтернатив.

Такой подход позволяет пограничному пациенту продолжать участие в больничной программе, получая пользу от ее интенсивности и структурированности, при этом сохраняя независимую жизнь. Зависимость от больницы в таких случаях появляется реже, чем при долгосрочной госпитализации. Чаще всего частичную госпитализацию предпочитают, поскольку она значительно дешевле традиционного стационарного лечения.

Пограничные личности, которым требуется интенсивное лечение, но не круглосуточное наблюдение, которым угрожает серьезная регрессия в случае госпитализации, которые совершают переход от больницы к внешнему миру, которые должны поддерживать профессиональную или академическую жизнь во время больничного лечения или которые ограничены в финансовых расходах на лечение, могут получить от такого подхода большую пользу. Больничная среда и цели терапии при этом остаются теми же, что и в стационарных программах.

Награда за лечение

Как мы увидим в двух следующих главах, лечение ПРЛ обычно сочетает в себе стандартизированные психотерапевтические подходы с приемом препаратов, направленных на облегчение конкретных симптомов. Когда-то ПРЛ считалось безнадежным и раздражающим диагнозом, но сегодня известно, что прогноз по нему в целом гораздо лучше, чем думали раньше. И мы знаем, что большинство таких пациентов оставляют хаос в прошлом и продолжают вести продуктивную жизнь.

Процесс лечения может быть трудным. Но конец этого путешествия открывает новые перспективы.

Один пациент с ПРЛ сказал своему психотерапевту: «Вы всегда говорите о безусловном принятии, и вот совсем недавно я наконец начал это чувствовать. Это чудесно... Вы дали мне безопасное место, где я смог развернуться, раскрыться. Я был потерян где-то внутри своего сознания. Вы дали мне достаточно принятия и свободы, чтобы я наконец смог выпустить настоящего себя».

ГЛАВА 8

Специфические психотерапевтические методики

Во мне живет монстр... Он меня пугает. Он заставляет меня ходить вверх и вниз, вперед и назад, и я это ненавижу. Я умру, если он не оставит меня в покое.

Из дневника пациента, страдающего ПРЛ

Истинная жизнь начинается там, где начинается чуть-чуть.

Лев Толстой

Пограничное расстройство личности — единственное из распространенных психических заболеваний, при которых, согласно практическим исследованиям, психотерапия оказывается эффективней, чем фармакотерапия. То есть, в отличие от лечения большинства других расстройств, при лечении ПРЛ препараты рассматриваются как дополнение к психотерапии. Кроме того, тяжелые и иногда продолжительные усилия в области психотерапии тем не менее остаются самым низкозатратным вариантом лечения расстройств личности[1].

Со времен первого издания этой книги психотерапия как метод лечения ПРЛ прошла большой путь. При стимулирующем воздействии скрупулезных исследований и постоянного совершенствования клинических врачей сформировались две основные школы психотерапии: когнитивно-поведенческий и психодинамический подход. В каждой категории развивались несколько характерных стратегий, каждая из которых опиралась на собственный свод теоретических принципов и техник. Некоторые психотерапевтические стратегии сочетают групповые и индивидуальные сеансы. В то время как некоторые из них более психодинамические, а другие — поведенческие, большинство сочетают элементы обоих подходов. Все они предполагают коммуникацию, сходную со SET-UP, в деталях описанной в главе 5: *Поддержку* пациента, *Сочувствие* его борьбе, обращение к *Правде* или реальным проблемам в сочетании с *Пониманием* и намерением проявлять *Настойчивость* в лечении.

Сторонники некоторых терапевтических подходов пытались стандартизировать свои терапевтические техники, например составляя сборники инструкций, которые помогали бы практикующим врачам. Это давало основания надеяться, что терапия проводится последовательно и одинаково эффективно, вне зависимости от того, кто ее осуществляет. (Очевидная, хотя и немного грубая, аналогия — франшиза пищевой компании, такой как Starbucks или McDonald’s, стандартизирующая ингредиенты, чтобы кофе и гамбургеры имели одинаковый вкус вне зависимости от места покупки.) Стандартизация также способствует сбору доказательств в ходе контролируемых исследований, чтобы подкрепить или же опровергнуть эффективность того или иного психотерапевтического подхода.

Лежащая в основе стандартизации теория гласит, что как не важно, кто физически дает пациенту «Прозак» (если он его проглатывает), так и мало значения имеет, кто осуществляет психотерапию, если пациент ее посещает. Тем не менее межличностные взаимоотношения, безусловно, отличаются от приема и переваривания таблетки, так что, пожалуй, наивно предполагать, что все психотерапевты, следующие одним и тем же правилам, будут добиваться одинаковых результатов с пациентами. И действительно, Джон Гандерсон, врач, ставший пионером в изучении ПРЛ, указал, что изначальные разработчики этих успешных техник обладали незаурядной харизмой и уверенностью, которые отнюдь не обязательно будут у их последователей[2]. Кроме того, многие психотерапевты могут посчитать такой ограниченный подход слишком негибким[3].

Хотя во многом психотерапевтические стратегии подчеркнуто различаются, в них есть много общих черт. Все они стремятся установить ясные цели для пациента. Основная из самых ранних целей — положить конец саморазрушительному и вредному для лечения поведению. Все формальные, «оговоренные инструкциями» виды терапии обычно интенсивны и требуют постоянных контактов раз в неделю или чаще. В них признается необходимость специального и квалифицированного образования и поддержки психотерапевта, и многие из них предполагают наблюдение и/или сотрудничество с другими членами команды. Психотерапевты в этом случае вступают в более активное взаимодействие с пациентами, чем в рамках традиционного психоанализа. Такие виды терапии требуют много времени и усилий, а потому обычно обходятся дорого и часто не полностью покрываются страховкой (например, в нее не входят

встречи группы психотерапевтов, которых требует формальная диалектическая поведенческая терапия — см. с. 234), а большинство исследований их эффективности проводилось в университетах на основе грантов. Большинство протоколов группового и индивидуального лечения, пытающиеся представить тот или иной подход, являются усеченными модификациями формальных программ.

Теперь лечение — это больше не вопрос поиска «какого-нибудь мозгоправа, который меня сможет вылечить» (хотя, конечно, может повезти и так). В нашем сложном обществе пациент должен учитывать и учитывает все факторы: время и цену, опыт и специализацию психотерапевта и т. д. Важнее всего то, что пациенту должно быть комфортно с врачом и его специфическим подходом к лечению. Так что читателям рекомендуется изучить остаток главы с намерением хотя бы познакомиться со специфическими подходами, поскольку они встретятся с этими подходами (и соответствующими им акронимами) снова во время терапии.

Когнитивная и поведенческая психотерапия

Когнитивно-поведенческие подходы фокусируются на изменении текущего процесса мышления и контрпродуктивных повторяющихся форм поведения; этот тип психотерапии в меньшей степени затрагивает прошлое, чем психодинамические методики (см. с. 239). Лечение больше ориентировано на конкретные проблемы и часто ограничено во времени.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ — система лечения, разработанная Аароном Беком и фокусирующаяся на идентификации вредоносных мыслей и поведения и замене их более желательными мнениями и реакциями[4]. Активные попытки указать на искаженное мышление («Я плохой человек»; «Все меня ненавидят») и фрустрирующее поведение («Может, выпью всего одну») сочетаются с домашними заданиями, разработанными для изменения этих чувств и действий. Применяются тренировки уверенности в себе, занятия по управлению гневом, упражнения на расслабление и методики десенсибилизации. Обычно КПТ ограничена во времени, менее интенсивна, чем другие методики, и поэтому обходится дешевле. Следующие программы лечения происходят от КПТ.

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ)

ДПТ, разработанная Маршей М. Линехан из Университета Вашингтона, — это производная от стандартной когнитивно-поведенческой терапии, на основе которой было проведено больше всего контролируемых исследований, демонстрирующих ее эффективность. Слово «диалектическая» в названии относится к цели разрешения внутренних «противоречий», с которыми сталкиваются пациенты с ПРЛ, то есть к потребности преодолеть противоречивые эмоциональные состояния пограничного человека, такие как одновременная любовь и ненависть к индивиду или ситуации. Более базовая диалектика в этой системе заключена в необходимости разобраться с парадоксом того, что пациент старается изо всех сил и остается доволен своими усилиями и в то же время стремится измениться еще больше и достичь еще лучших результатов[5].

ДПТ исходит из того, что у пациентов с ПРЛ существует генетическая/биологическая уязвимость перед чрезмерной эмоциональной реакцией. Эта точка зрения строится на предположении о том, что лимбическая система — часть мозга, теснее всего связанная с эмоциональной реакцией, — у пограничных личностей гиперактивна. Второй важный фактор, на который указывают сторонники ДПТ, — пагубное влияние среды, то есть отрицание, игнорирование или опровержение эмоций развивающегося индивида другими. Сталкиваясь с этим, пограничная личность теряет способность доверять другим людям или собственным реакциям. Эмоции становятся неконтролируемыми и непостоянными.

На первых этапах лечения ДПТ фокусируется на иерархичной системе целей, сперва обращаясь к самым серьезным, а затем — к самым легким для изменения видам поведения. Самая приоритетная задача, с которой терапевт должен справиться немедленно, — угроза суицида или поведение, направленное себе во вред. Вторая по приоритетности цель — устранение поведения, мешающего терапии, такого как пропуск сеансов или невыполнение домашних заданий. Третья по важности задача — повлиять на мешающее здоровой жизни поведение, такое как деструктивные компульсивные позывы, сексуальная неразборчивость или криминальные деяния; среди них терапия ориентируется в первую очередь на наиболее легкие цели. Четвертая задача — улучшение поведенческих навыков.

Структурированная программа состоит из четырех основных компонентов:

1. Еженедельные индивидуальные сеансы психотерапии укрепляют приобретенные новые навыки и минимизируют контрпродуктивное поведение.

2. Еженедельные сеансы развития групповых навыков, где изучаются образовательные материалы о ПРЛ

и ДПТ, выполняются домашние задания и проводятся обсуждения, чтобы научить пациентов техникам лучшего контроля эмоций, улучшения межличностных контактов и воспитания *внимательности* — этот термин описывает объективный разбор имеющихся эмоций, не затуманенный размышлениями о прошлом и будущем или эмоциональной лабильностью.

3. Консультирование по телефону (уникальная черта ДПТ) с целью помочь пациентам проработать накапливающийся стресс до того, как он преодолеет критическую точку; звонить телефонному консультанту можно в любое время, однако считается неприемлемым делать это *после* того, как пациент сделал нечто контрпродуктивное.

4. Еженедельные встречи со всеми членами команды психотерапевтов для укрепления навыков и мотивации и преодоления выгорания. Каждую неделю пациентам дают «дневниковую карточку» ДПТ, подлежащую ежедневному заполнению. Дневник должен документировать саморазрушительное поведение, употребление наркотиков, отрицательные эмоции и то, как пациент справлялся с такими повседневными стрессами.

Системный тренинг эмоциональной предсказуемости и решения проблем (STEPPS)

Еще одна вариация КПТ, основанная на четких инструкциях, — STEPPS, программа, разработанная в Университете Айовы. Как и ДПТ, STEPPS фокусируется на неспособности пограничного человека контролировать свои эмоции и позывы. Уникальные модификации STEPPS были отчасти построены на желании создать менее затратную программу. STEPPS — это программа групповой

терапии без индивидуальных сеансов. Она также короче по времени и состоит из 22 часов еженедельных групповых занятий (в отличие от типичного годового лечения, предполагаемого в ДПТ). Эта программа также подразумевает, что в лечение включаются социальные системы пограничного пациента. Образовательные тренинги могут «вовлекать членов семьи, близких, специалистов по здравоохранению или других людей, с которыми регулярно контактирует пациент и с которыми он захочет поделиться информацией о своем расстройстве»[6]. STEPPS объединяет в себе три ключевых компонента:

1. Сеансы дают образовательную информацию о ПРЛ и *схемах* (когнитивных искажениях в отношении себя и других, таких как ощущение непривлекательности, недоверие, вина, отсутствие идентичности, страх потерять контроль и т. д.).

2. Пациентов обучают навыкам лучшего контроля эмоций, таким как решение проблем, умение отвлекаться, улучшение коммуникации.

3. Третий компонент прививает основные поведенческие навыки, такие как здоровое питание, режим сна, упражнения и постановка целей.

Вторая фаза STEPPS — это STAIRWAYS*. Она представляет собой продолжение «семинаров», проходящих дважды в месяц и благодаря отработке навыков,

---

* Лестница (*англ.*). Расшифровывается следующим образом: Постановка целей (Setting goals), Доверие (Trusting), Управление гневом (Anger management), Контроль импульсивности (Impulsivity control), Поведение в отношениях (Relationship behavior), Написание сценария (Writing a script), Тренировка уверенности в себе (Assertiveness training), Твой путь (Your journey), Пересмотр схем (Schemas revisiting). — *Примеч. пер.*

закрепляющих результаты, достигнутые в рамках модели STEPPS. В отличие от ДПТ, разработанной как самодостаточная программа, не поощряющая другие терапевтические действия, STEPPS хорошо сочетается с другими видами терапевтического вмешательства.

Схема-терапия (СТ)

СТ сочетает в себе элементы когнитивной, психодинамической и гештальт-теорий. Она была разработана доктором наук Джеффри Янгом, учеником Аарона Бека, и концептуализирует препятствующее адаптации поведение, основанное на *схемах*. В этой модели схема определяется как мировоззрение, формирующееся со временем в биологически уязвимом ребенке, сталкивающемся с нестабильностью, вседозволенностью, игнорированием или насилием. Схемы — попытки ребенка справиться с этими неудачами родителей. Такие механизмы во взрослом возрасте препятствуют адаптации. Концепция схем происходит из психодинамических теорий. СТ стремится бросить вызов этим искаженным реакциям и научить пациента по-новому справляться с проблемами при помощи процесса, называющегося *перевоспитанием*[7].

Многочисленные схемы можно сгруппировать в пять основных видов, с которыми идентифицируют себя пациенты и которые коррелируют с пограничными симптомами:

1. Покинутый и подверженный насилию ребенок (страх одиночества).
2. Злой ребенок (ярость, импульсивность, неустойчивость настроения, нестабильные отношения).
3. Карающий родитель (причинение себе вреда, импульсивность).

4. Отстраненный защитник (диссоциация, отсутствие идентичности, чувство опустошенности).
5. Здоровый взрослый (роль терапевта, которую он должен смоделировать для пациента, — успокаивает и защищает другие виды).

Специфические стратегии лечения подходят для каждого вида. Например, терапевт подчеркивает заботу и воспитание в случае Покинутого и подвергшегося насилию ребенка. В случае Отстраненного защитника поощряется проявление эмоций. «Перевоспитание» стремится восполнить потребности, оставшиеся неудовлетворенными в детстве. Психотерапевты при этом более открыты, чем при традиционной терапии, часто делятся подарками, телефонными номерами и другой личной информацией, проецируя себя как «реальных», «честных» и «заботливых». Важные черты терапевта — умение передать теплоту, похвалу и сочувствие. Пациентов поощряют читать про схемы и ПРЛ. Техники гештальт-терапии, такие как ролевые игры, разыгрывание диалога между двумя схемами, и техники визуализации (визуализация и ролевые игры по стрессовым сценариям) активно применяются при такой терапии. Используются также тренировка уверенности в себе и другие когнитивно-поведенческие методы. Возможная опасность СТ кроется в противоречивости границ при «перевоспитании». Терапевт должен проявлять крайнюю бдительность в отношении риска переноса и контрперенесенной регрессии (см. главу 7).

Психодинамическая терапия

Психодинамические подходы обычно обращаются к обсуждению прошлого и настоящего с целью найти модели

поведения, которые могут сформировать более продуктивное будущее. Эта форма терапии обычно более интенсивна, чем когнитивно-поведенческая, сеансы проводятся несколько раз в неделю. Терапевт должен применять структурированный, последовательный формат с ясными целями и в то же время быть достаточно гибким, чтобы адаптироваться к изменяющимся потребностям пациента.

Психотерапия, основанная на ментализации (ПМ)

Ментализация — понятие, разработанное доктором наук Питером Фонаги, описывает, как люди понимают себя, других и свое окружение. При помощи ментализации индивид понимает, почему он сам и другие ведут себя так, а не иначе, что, в свою очередь, порождает способность сопереживать чувствам других[8]. Этот термин частично пересекается с концепцией *психологической разумности* (понимание связи между чувствами и поведением) и *внимательности* (цель ДПТ; см. выше). Фонаги предполагает, что, когда нормальное развитие ментализации, начинающееся в раннем детстве, нарушается, во взрослом возрасте возникает психическая патология, и особенно часто — ПРЛ. Это представление основано на психодинамических теориях здоровой привязанности к фигуре родителя (см. главу 3). Когда ребенок не может установить правильную связь с родителем, ему трудно понимать и собственные чувства. У него нет здорового контекста, на котором можно было бы основывать эмоции и поведение. Объектная константность не поддерживается. Ребенок начинает бояться одиночества и отдаляется от других. Это нарушение развития может происходить как из темперамента ребенка (биологические или генетические ограничения), так и из патологии родителя, которая

может заключаться в физическом или эмоциональном насилии, равнодушии к ребенку или нездоровом пресечении независимости, а может, а во всем сразу.

ПМ основывается на том предположении, что взгляды, мотивы, эмоции, желания, причины и потребности нужно в первую очередь понять, чтобы оптимально взаимодействовать с другими людьми. Подтверждения эффективности этого метода были задокументированы Бейтменом и Фонаги, преимущественно в рамках дневной программы частичной госпитализации в Англии[9, 10]. В этой программе пациенты посещали больницу днем пять дней в неделю на протяжении 18 месяцев. Лечение предполагает групповую терапию психоаналитической направленности трижды в неделю, индивидуальную психотерапию, экспрессивную терапию, сочетающую изобразительное искусство, музыку и психодраматические программы, а также лекарства по мере необходимости. Кроме того, проводятся дневные встречи персонала и консультации. Терапевты, применяющие систему, основанную на четких инструкциях, фокусируются на текущем состоянии сознания пациента, обнаруживают искажения в восприятии и коллективно пытаются сгенерировать у него альтернативные взгляды на самого себя и других. В то время как бóльшая часть поведенческих техник напоминает ДПТ, некоторые моменты психодинамической структуры ПМ пересекаются с психотерапией, сфокусированной на переносе (ПП).

Психотерапия, сфокусированная на переносе (ПП)

ПП — это основанная на строгих инструкциях программа, разработанная доктором Отто Кернбергом и его коллегами в Корнеллском университете на базе более традиционного психоанализа[11, 12]. В рамках программы терапевт

изначально фокусируется на том, чтобы достигнуть общего понимания ролей и границ терапии. Как и в ДПТ, первые шаги направлены на предотвращение суицида, прерывания терапии, обмана со стороны пациента и т. д. Как и другие методики лечения, ПП признает роль биологической и генетической уязвимости в сочетании с ранними психологическими фрустрациями. Основной защитный механизм, наблюдаемый у пограничных пациентов, — *диффузия идентичности*, связанная с искаженным и неустойчивым представлением о себе и как следствие — о других. *Диффузия идентичности* предполагает восприятие себя и других так, как если бы это были смазанные призрачные отражения в кривом зеркале, едва различимые и недостижимые. Еще одна характерная черта ПРЛ — устойчивое *расщепление*, разделение восприятия на крайности и противоположные полюсы белого и черного, правильного и ложного, в результате чего сам человек, кто-то другой или какая-то ситуация кажутся абсолютно хорошими или абсолютно плохими. Пограничной личности трудно понять, что хороший человек тоже может разочаровывать; значит, бывший хорошим индивид просто мутирует в плохого. (Профессиональный читатель заметит, что искажения в ПП также должны включать понятия *диффузии идентичности* и *расщепления*; сложность с полярными крайностями напоминает диалектические парадоксы, описанные в ДПТ.)

Теоретическая основа ПП заключается в том, что диффузия личности и расщепление — это базовые ранние элементы нормального развития. Однако при ПРЛ нормальное развитие интеграции противоположных чувств и взглядов нарушается разочарованием в воспитании. Пограничная личность застревает на недозрелом уровне развития. Ощущение пустоты, резкие смены настроения, гнев и хаотические отношения происходят из этого черно-белого

мышления. Терапия проводится в рамках индивидуальных сеансов дважды в неделю, на которых исследуются отношения с психотерапевтом. Этот опыт переноса здесь и сейчас (см. главу 7) позволяет пациенту испытать во время сеанса расщепление, которое столь характерно для его жизненного опыта. Кабинет психотерапевта становится своего рода лабораторией, в которой пациент может исследовать свои чувства в безопасной, защищенной среде, а затем расширить достигнутое понимание на внешний мир. Комбинация интеллектуального анализа и эмоционального опыта в работе с терапевтом может привести к здоровой интеграции идентичности и восприятия других.

Сравнение разных видов терапии

Один краткий эпизод поможет нам продемонстрировать, как терапевты, применяющие разные методики, справляются с одной и той же врачебной ситуацией.

> Джуди, 29-летняя незамужняя женщина, работающая бухгалтером, пришла в кабинет психотерапевта в довольно расстроенном состоянии после напряженного спора с отцом, в ходе которого он назвал ее «шлюхой». Когда ее врач поинтересовался, что послужило поводом для таких инсинуаций, Джуди огорчилась еще больше, обвинила психотерапевта в том, что он становится на сторону ее отца, и швырнула через всю комнату коробку салфеток.

Терапевт, практикующий ДПТ, мог бы сфокусироваться на злости и ее физическом проявлении. Он бы мог посочувствовать разочарованию Джуди, принять ее импульсивный жест, а затем поработать с ней, чтобы облегчить ее фрустрацию без проявлений жестокости. Он также мог бы обсудить с ней способы справиться с расстройством, вызываемым ее отцом.

СТ-терапевт сначала попытался бы убедить Джуди в том, что она заблуждается по его поводу, что он не злится на нее и находится на ее стороне.

В ПМ врач убедил бы Джуди описать, что она чувствует и думает в данный момент. Он также постарался бы направить ее к обдумыванию (ментализации) того, на что, по ее мнению, реагировал ее отец во время их разговора.

ПП-терапевт мог бы исследовать то, как Джуди сравнивает его с ее отцом. Он мог бы сфокусироваться на ее резко изменяющихся чувствах по отношению к нему в момент терапии.

Другие виды терапии

Некоторые другие, менее изученные терапевтические подходы также были описаны в литературе. Роберт Грегори и его группа в Университете штата Нью-Йорк в Сиракузах разработали протокол лечения под названием динамическая деконструктивная психотерапия (ДДП) специально для пациентов с наиболее тяжелыми формами ПРЛ, а также для тех, у кого есть осложняющие расстройства, такие как злоупотребление алкоголем или наркотиками[13]. Ежедневные индивидуальные сеансы с психодинамической направленностью нацелены на активацию поврежденного когнитивного восприятия и на то, чтобы помочь пациенту сформировать более связное, последовательное отношение к себе и другим.

Терапия, основанная на союзе (ТС), разработанная Центром Остина Риггса в Стокбридже, штат Массачусетс, — это психодинамическая методика, фокусирующаяся в основном на суицидальном и саморазрушительном поведении[14].

Во многом как и ПП, этот подход делает акцент на терапевтические отношения и на то, как они влияют на деструктивное поведение пограничной личности.

Интенсивная краткосрочная динамическая психотерапия (ИКДП), созданная для пациентов с пограничным и другими расстройствами личности, была выработана группой канадских исследователей[15]. Еженедельные индивидуальные сеансы концентрируются на подсознательных эмоциях, которые отвечают за защитные механизмы и связи между этими чувствами и травмами прошлого. Лечение обычно продолжается на протяжении примерно полугода.

Практики из Чили, признавая трудности в обеспечении индивидуального интенсивного лечения для пациентов с ПРЛ, разработали систему групповой терапии под названием перемежающаяся непрерывная эклектическая терапия (ПНЭТ)[16]. Еженедельные групповые сеансы длительностью 90 минут проводятся циклами по десять встреч. Пациенты могут продолжать участие в следующих раундах, по желанию и выбору терапевта. Используется психодинамический подход к пациенту, однако интерпретации сведены к минимуму. Первая часть каждого сеанса — это открытый период взаимной поддержки, когда поощряется неструктурированная дискуссия; вторая половина проходит в форме классного занятия, где пациенты учатся справляться со сложными эмоциями (как в ДПТ и STEPPS).

Какая терапия лучше?

Все эти методики с их мешаниной заглавных букв — попытки стандартизировать терапию; большинство из них применяют программы, основанные на строгих

инструкциях, и в их рамках предпринимались попытки провести контролируемые исследования для определения эффективности. На основе каждой из них развивались исследования, демонстрирующие превосходство формализованной психотерапии над сравнительной, неспецифической, а также поддерживающей терапией в рамках «обычного лечения». В некоторых исследованиях изучались сравнительные результаты применения различных подходов.

В одной работе сравнивались результаты амбулаторного лечения пациентов с ПРЛ тремя разными методиками на протяжении года: ДПТ, ПП и психодинамической поддерживающей терапией[17]. Пациенты во всех трех группах демонстрировали прогресс по показателям депрессии, тревожности, социальным взаимодействиям и общей активности. Как ДПТ, так и ПП привели к значительному сокращению мыслей о суициде. ПП и поддерживающая терапия лучше справились со злостью и импульсивностью. ПП показала лучшие результаты в борьбе с раздражительностью, а также вербальными и физическими нападками.

В проводившемся на протяжении трех лет в Голландии исследовании сравнивались результаты лечения пограничных пациентов с помощью СТ и ПП[18]. После первого года обе лечебные группы испытывали значительное сокращение симптомов ПРЛ и улучшение качества жизни. К третьему году, однако, пациенты из группы СТ демонстрировали значительно более заметный прогресс и более низкий процент отказавшихся от лечения. В более позднем исследовании, проведенном в Нидерландах, сравнивало затратность этих двух психотерапевтических методик[19]. Здесь стояла цель измерить соотношение расходов на лечение с улучшением качества жизни на протяжении

времени (оценивалось опросником, заполняемым самими пациентами). Несмотря на то что показатели качества жизни после ПП были несколько выше, чем после СТ, ее общая стоимость при сопоставимом прогрессе оказалась значительно больше, чем стоимость СТ.

Хотя эти исследования и представляют собой замечательные попытки сравнить различные методики лечения, все они дают основания для критики. Выборка пациентов и терапевтов, мотивированность использованных измерений и обилие неконтролируемых переменных, влияющих на любое научное исследование, крайне осложняют попытки сравнить человеческие поведенческие реакции. Продолжающиеся исследования на более крупных группах прольют свет на терапевтические подходы, которые принесут пользу множеству пациентов. Однако, учитывая сложные вариации, заложенные в нашей ДНК, которая делает одного человека таким непохожим на другого, найти «лучшее» лечение, которое идеально подойдет, безусловно, невозможно. Лечение, превосходящее все другие для большинства пациентов в исследуемой группе, может оказаться не лучшим выбором конкретно для *вас*. Аналогично обстоит дело и с препаратами.

Таким образом, главный вывод, который стоит извлечь из этих исследований, — это не то, какая методика самая эффективная, а то, что психотерапевтическое лечение *работает*. К сожалению, психотерапия за последние годы была в прямом и переносном смысле обесценена. Психологические услуги компенсируются страховкой по значительно более низким ставкам, чем медицинские. Страховая выплата врачу за час нехирургического вмешательства (корректировка диеты и образа жизни для диабетиков, инструкции по уходу за заживающей раной или психотерапия) в разы меньше оплаты за обычные

медицинские процедуры (мелкое хирургическое вмешательство, стероидная инъекция и т. д.). За час психотерапии государственная программа Medicare и большинство частных страховых компаний платят меньше десятой доли от компенсации, предусмотренной за большинство мелких хирургических процедур, не требующих стационарного лечения.

По мере того как США продолжает упрощать доступ к здравоохранению, неизбежно будет возникать искушение прописывать лечение, которое кажется примерно эквивалентным, но менее дорогим. Важно сохранять гибкость в рамках такой системы, чтобы мы не очерняли *искусство* медицины, дающее простор для индивидуальности в священных взаимоотношениях врача и пациента.

Будущие исследования и специализированная терапия ПРЛ

В будущем прогресс в генетических и биологических исследованиях, вероятно, сделает возможной «индивидуализацию» терапии для отдельных пациентов. Как ни один препарат нельзя признать лучшим для лечения *всех* пациентов с ПРЛ, так и ни один терапевтический подход не может быть лучшим для всех, несмотря на попытки их сравнивать. Терапевты должны направлять различные методики лечения на удовлетворение различных потребностей пациентов, а не пытаться применять фантастический *лучший* подход ко всем. Например, пограничные пациенты с серьезной склонностью к суицидальному поведению или нанесению себе увечий могут изначально лучше реагировать на когнитивно-поведенческие подходы, такие как ДПТ. Более высокоактивные пациенты обычно лучше воспринимают психодинамические

программы. Финансовые или временны́е границы зачастую говорят в пользу сокращенных видов терапии, в то время как повторяющиеся деструктивные модели поведения могут диктовать необходимость долгосрочного и более интенсивного лечения.

Подобно тому как в большинстве медицинских специальностей (например, в офтальмологии) сформировались подобласти для более сложных ситуаций или частей органа (например, сетчатка, роговица), оптимальное лечение ПРЛ может двигаться в том же направлении. Скажем, специализированные центры лечения ПРЛ с опытными профессионалами, получившими специальное образование, могли бы предложить более эффективные режимы лечения.

ГЛАВА 9

Лекарственные препараты: наука и перспективы

> Одна таблетка делает тебя больше, другая — меньше...
>
> *Из песни «Белый кролик»*
> *Jefferson Airplane*

> Врачи — это люди, которые прописывают лекарства, о которых мало знают, чтобы лечить болезни, о которых знают еще меньше, людям, о которых не знают совсем ничего.
>
> *Вольтер*

В то время как психотерапия признается основным методом преодоления ПРЛ, большинство планов лечения включают рекомендации по применению лекарственных препаратов. Тем не менее вопрос о приеме медикаментов зачастую представляет собой непростую дилемму для пациентов с ПРЛ. Некоторых очаровывает соблазнительное обещание того, что лекарства «исцелят» их «пограничность». Другие боятся, что их превратят в зомби, и противятся приему любых препаратов. Поскольку ученым пока не удалось выделить бациллу пограничности, нет никакого «антибиотика», который лечил бы все аспекты ПРЛ. Однако медикаменты полезны для

лечения связанных симптомов (например, антидепрессанты от депрессии) и для укрощения саморазрушительных проявлений характера, таких как импульсивность.

Несмотря на сетования Вольтера, врачи все больше и больше узнают о том, как и почему лекарства вылечивают заболевание. Новые открытия в генетике и нейробиологии ПРЛ помогают нам понять, как и почему эти препараты могут быть эффективны.

Генетика

Конечно, споры о врожденном и приобретенном в отношении причин физических и психических заболеваний бушуют уже на протяжении десятилетий, но наращивание знаний о наследственности, генетическом картировании и молекулярной генетике за прошедшую четверть века позволило нам лучше понять роль природы. Один из подходов к этой дискуссии предполагает исследование близнецов: идентичные близнецы (обладающие одинаковым набором генов), принятые на воспитание в разные семьи, изучаются спустя некоторое количество лет на предмет заболевания. Если один из близнецов проявляет признаки ПРЛ, вероятность того, что и другой, воспитанный в иной обстановке, также получит диагноз ПРЛ, составляет от 35 до 70% в отдельных исследованиях, что придает больше веса аргументу о врожденных причинах[1]. Специфические пограничные черты, такие как тревожность, эмоциональная лабильность, суицидальные наклонности, импульсивность, злость, охота за острыми ощущениями, агрессия, когнитивные искажения, путаница с идентичностью и проблемы в отношениях, тоже могут быть во многом обусловлены генетически.

Наследственность также касается и членов семьи. Среди родственников людей с ПРЛ обычно чаще встречаются перепады настроения, повышенная импульсивность, злоупотребление наркотиками и алкоголем и расстройства личности, особенно ПРЛ и антисоциальное расстройство[2].

Наша человечность берет начало в сложной и уникальной цепочке хромосом, которые формируют индивидуальность. Хотя один конкретный ген сам по себе не решает нашу судьбу, комбинация кодов ДНК на различных хромосомах все же играет роль в уязвимости к болезни. Отдельные гены уже были ассоциированы с болезнью Альцгеймера, раком груди и другими заболеваниями; тем не менее другие локусы хромосом и факторы окружающей среды тоже имеют определенное значение. Молекулярная генетика идентифицировала конкретные изменения в генах (полиморфизмы), которые связаны с ПРЛ. Любопытно, что те же гены влияют на выработку и обмен нейромедиаторов: серотонина, норэпинефрина и дофамина. Эти вещества способствуют коммуникации между клетками мозга и влияют на включение и выключение определенных генов. Было установлено, что изменения в перечисленных нейромедиаторах связаны с расстройствами пищевого поведения, дерегуляцией импульсов и чувствительностью к боли.

Нейроэндокринология

В пограничную патологию вовлечены и другие эндокринные (гормональные) нейромедиаторы. Нарушение регуляции NMDA (N-метил-D-аспартат) было отмечено при ПРЛ и при некоторых других заболеваниях и связано с диссоциацией, эпизодами психоза и повреждением когнитивных способностей[3]. Нарушения в опиоидной системе организма (связанные с эндорфинами) были

доказаны при ПРЛ и привязаны к диссоциативному опыту, болевой чувствительности (особенно среди индивидов, наносящих себе ранения) и злоупотреблению опиатами[4]. Ацетилхолин — еще один нейромедиатор, влияющий на память, внимание, обучаемость, настроение, агрессию и сексуальное поведение и связанный с ПРЛ[5].

Хронический или повторяющийся стресс может также нарушить нейроэндокринный баланс. Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось (HPA), которая выделяет кортизол и активирует иммунную систему организма. В обычной ситуации острого стресса эта система активирует продуктивные механизмы «бей или беги». Внутренний механизм обратной связи действует как термостат, чтобы затем выключить ось и вернуть организм в состояние равновесия. Тем не менее продолжающийся стресс нарушает этот регенеративный цикл, и стрессовая реакция продолжается и не ослабевает, оказывая негативный эффект на тело, в том числе сокращая характерные зоны мозга. Эта модель развития наблюдается при нескольких расстройствах, включая ПРЛ, ПТСР, глубокую депрессию и некоторые тревожные расстройства.

Неврологические нарушения

Нарушения в работе мозга часто ассоциируются с ПРЛ. Множество пациентов с ПРЛ переживали травмы головы, энцефалит, эпилепсию, проблемы с обучаемостью, имели ненормальные показатели ЭЭГ (электроэнцефалограмма, мозговые волны), расстройства сна и незначительные аномальные неврологические «мягкие признаки»[6, 7].

Сложные методы картирования мозга — фМРТ (функциональная магнитно-резонансная терапия), КТ

(компьютерная томография), ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография) и ОФЭКТ (однофотонная эмиссионная компьютерная томография) — объяснили некоторые анатомические и физиологические отклонения, связанные с ПРЛ. Как уже было отмечено (см. главу 3), результаты исследований показывают чрезмерную активность частей мозга, связанных с эмоциональными реакциями (лимбическая система) и включающих такие мозговые структуры, как миндалина, гиппокамп и мозговая извилина, и в то же время подчеркивают снижение активности внешних частей мозга, связанных с исполнительным мышлением и контролем, таких как префронтальная кора[8].

Соображения на будущее

С учетом такого прогресса в генетике и нейробиологии ученые в конце концов сумеют более точно выделить подтипы различных проявлений патологии, и, основываясь на этом знании, врачи смогут более точно «модифицировать» то или иное лекарство под конкретного пациента. Проведем аналогию: наше нынешнее понимание психических заболеваний сравнимо с нашим пониманием инфекций в начале и середине 1990-х, до того как врачи научились компетентно культивировать инфицирующие агенты. В то время общепризнанным считалось, что все антибиотики одинаково эффективны — пенициллин был таким же действенным для всех пациентов с инфекцией, как и любой другой антибиотик. Тем не менее, когда ученые открыли, как культивировать отдельные штаммы бактерий и устанавливать их чувствительность к тем или иным антибиотикам, врачи начали прописывать конкретные препараты, наиболее эффективные при конкретной болезни. Иначе говоря, врачи теперь не просто лечат инфекцию или пневмонию, они борются с конкретным штаммом,

staphylococcus aureus. Аналогично можно надеяться, что в будущем мы научимся «культивировать» психиатрические заболевания и выбирать лучшее лечение. Мы будем иметь дело с уникальной биологией индивида, а не просто с диагнозом. В результате концепция «недокументированного использования» (когда лекарство прописывается при заболевании, при котором оно не одобрено по инструкции) уйдет в прошлое, поскольку препарат будет действовать на конкретный биологический процесс, а не на тот или иной диагноз.

Препараты

Открытия в бурно растущих сферах генетики и физиологии мозга привели к появлению новых лекарств от многих физических и психических заболеваний. Огромный прогресс был достигнут в фармакологии, особенно в области биотехнологии; короче говоря, за последние 20 лет появилось множество психотерапевтических препаратов, и некоторые из них доказали свою эффективность при ПРЛ. Хотя ни один из них не нацелен конкретно на лечение ПРЛ, исследования показали, что три основных класса препаратов — антидепрессанты, нормотимики и нейролептики (антипсихотические средства) — приводят к улучшению многих препятствующих адаптации видов поведения, связанных с этим расстройством[9].

Антидепрессанты

В большинстве исследований рассматривалось применение антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС или ИОЗС). К ним относятся,

в частности, «Прозак» (флуоксетин), «Золофт» (сертралин), «Паксил» или «Пексева» (пароксетин), «Лювокс» (флувоксамин), «Селекса» (циталопрам) и «Лексапро» (эсциталопрам — относится к циталопраму). Как и ожидалось, эти препараты продемонстрировали эффективность при нестабильности настроения и связанных с ней симптомах депрессии, таких как ощущение опустошенности, чувствительность к отказу и тревожность. Кроме того, было доказано, что ИОЗС снижает неуместные вспышки злости и плохого настроения, агрессивное поведение, деструктивную импульсивность и стремление ранить себя, причем даже в отсутствие симптомов депрессии. Во многих исследованиях для позитивного эффекта требовалась повышенная по сравнению с обычной доза этих препаратов (например, >80 мг «Прозака» или >200 мг «Золофта» в день). Связанная группа препаратов, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), не была изучена так же тщательно, однако может оказывать аналогичное положительное воздействие. Эта группа включает в себя «Эффексор» (венлафаксин), «Пристик» (десвенлафаксин — относится к венлафаксину) и «Симбалту» (дулоксетин).

Более старые антидепрессанты, такие как трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), также были изучены. ТЦА включают в себя «Элавил» (амитриптилин), «Тофранил» (имипрамин), «Памелор» или «Авентил» (нортриптилин), «Вивактил» (протриптилин), «Синекван» (доксепин), «Норпрамин» (дезипрамин), «Асендин» (амоксапин), «Сурмонтил» (тримипрамин) и другие. Эти препараты в целом продемонстрировали меньшую эффективность и в некоторых случаях ухудшали эмоциональный контроль. Таким образом, пациент с диагнозом ПРЛ должен с осторожностью относиться к прописанным препаратам группы ТЦА.

ИМАО — из этой группы в США чаще всего применяются «Нардил» (фенелзин) и «Парнат» (транилципромин) — продемонстрировали эффективность при ПРЛ, сравнимую с ИОЗС. Однако ИМАО обычно дают больше побочных эффектов, более опасны при передозировке и требуют придерживаться пищевых и сопутствующих ограничений, а потому прописываются гораздо реже.

Нормотимики

Эта группа препаратов включает в себя литий — встречающийся в природе элемент — и противосудорожные препараты: «Депакот» (вальпроат), «Тегретол» (карбамазепин), «Трилептал» (окскарбазепин — относится к карбамазепину), «Ламиктал» (ламотригин) и «Топамакс» (топирамат). Согласно рекомендациям Американской психиатрической ассоциации, нормотимики предназначаются для дополнительного лечения, когда ИОЗС или другие средства неэффективны или эффективны лишь частично. Эти лекарства в обычных дозах помогают стабилизировать настроение, снижают тревожность и улучшают контроль импульсивности, агрессии, раздражительности и злости. «Нейронтин» (габапентин), «Дилантин» (фенитоин), «Габатрил» (тиагабин), «Кеппра» (леветирацетам) и «Зонегран» (зонисамид) также входят в эту группу препаратов, но их эффективность при ПРЛ пока исследована недостаточно.

Нейролептики

Эти препараты рекомендуются для первичного лечения когнитивно-перцептивных искажений у пациентов с ПРЛ. Основные мишени нейролептиков: паранойя, диссоциативные симптомы и чувство нереальности

происходящего (критерии 9 в DSM-IV-TR — см. главу 2). В сочетании с ИОЗС эти лекарства, обычно в дозировках меньше нормальных, ослабляют чувства злости и агрессивности, стабилизируют настроение, снижают тревожность и обсессивное мышление, импульсивность и сверхчувствительность в межличностных отношениях.

Первые исследования проводились со старыми нейролептиками, такими как «Торазин» (хлорпромазин), «Стелазин» (трифлуоперазин), «Трилафон» (перфеназин), «Халдол» (галоперидол), «Наван» (тиотиксен) и «Локситан» (локсапин). Более новые препараты, называемые атипичными антипсихотиками, также продемонстрировали эффективность, имея при этом менее сложные побочные действия. В их число входят «Зипрекса» (оланзапин), «Сероквель» (кветиапин), «Риспердал» (рисперидон), «Абилифай» (арипипразол) и «Клозарил» (Клозапин). Другие препараты из этой группы — «Инвега» (палиперидон — относится к рисперидону), «Фанапт» (илоперидон), «Сафрис» (азенапин) и «Геодон» (зипрасидон) — либо еще не изучены, либо показывают противоречивые результаты.

Анксиолитики

Анксиолитики, хоть и помогают при острой тревоге, но, как оказалось, повышают импульсивность и могут стать предметом злоупотребления и привыкания. Эти транквилизаторы, в основном относящиеся к классу, известному как бензодиазепины, включают, среди прочего, «Ксанакс» (алпразолам), «Ативан» (лоразепам), «Валиум» (диазепам) и «Либриум» (хлордиазепоксид). «Клонопин» (клоназепам) — бензодиазепин более длительного действия, эффективнее воздействующий на серотонин, — успешно справлялся с симптомами агрессии

и тревожности и, возможно, является единственным бензодиазепином, полезным при ПРЛ.

Антагонисты опиатных рецепторов

«Ревиа» (налтрексон) блокирует выработку собственных эндорфинов организма, вызывающих аналгезию и эйфорию. Некоторые данные свидетельствуют о том, что этот препарат может препятствовать саморазрушительному поведению.

Прочие средства

Гомеопатические или травяные средства обычно не показывали результатов при лечении, за исключением препаратов омега-3 жирных кислот. В ходе одного исследования с небольшой выборкой было обнаружено, что это вещество сокращало агрессивность и депрессию у женщин[10].

В отношении ПРЛ проводились исследования двух веществ, регулирующих нейромедиатор глутамат. Аминокислота N-ацетилцистеин и «Рилутек» (рилузол) — лекарство, используемое для лечения бокового амиотрофического склероза (болезнь Лу Герига), — продемонстрировали значительное снижение саморазрушительного поведения у двух пограничных пациентов[11].

Практическое руководство Американской психиатрической ассоциации рекомендует препараты, нацеленные на специфическую группу симптомов. Руководство разделяет симптомы ПРЛ на три основные группы: нестабильность настроения, отсутствие контроля импульсов и когнитивно-перцептивные искажения. Алгоритм рекомендуемых методик лечения с альтернативными

тактиками в случае неэффективности предыдущего выбора обобщен в табл. 9.1.

Таблица 9.1. Фармакотерапия для лечения симптомов ПРЛ

Симптом	1-й выбор	2-й выбор	3-й выбор	4-й выбор
Нестабильность настроения	ИОЗС	Другой ИОЗС или ИОЗСН	Добавить нейролептик, клоназепам или перейти на ИМАО	Добавить нормотимик
Отсутствие контроля импульсов	ИОЗС	Добавить нейролептик	Добавить нормотимик или перейти на ИМАО	
Когнитивно-перцептивные искажения	Нейролептик	Добавить ИОЗС, или ИМАО, или другой нейролептик		

Пара слов о «недокументированном использовании»

Официально Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) не одобрило ни одно средство для лечения ПРЛ, так что все обычно используемые лекарства считаются «недокументированными». Хотя сам термин «недокументированное использование» звучит осуждающе, а непосвященным может и вовсе показаться пугающим, недокументированное назначение препаратов довольно распространено при широком спектре заболеваний. Из-за того что фармацевтическая компания тратит в среднем почти миллиард

долларов на вывод препарата на рынок, многие компании не добиваются его одобрения для широкого спектра болезней или за рамками ограниченных дозировок, так как такие стратегии могут снизить шансы одобрения в FDA и сильно повысить стоимость разработки. Например, даже несмотря на то что известно благотворное воздействие ИОЗС при нескольких заболеваниях, включая депрессию, ПТСР, тревожные психозы и некоторые болевые расстройства, производители препаратов иногда просто не хотят тратиться на получение одобрения FDA — или рисковать отказом — ради того, чтобы заявить о возможности применения препаратов при всех этих показаниях и/или увеличения дозировки. Когда врач прописывает препарат для лечения болезни, не указанной в официальном списке показаний, или в дозах, выходящих за рамки рекомендаций, это считается «недокументированным использованием». К сожалению, компании, управляющие здравоохранением, могут отказаться одобрить такие (зачастую дорогие) «недокументированные» предписания.

Дженерики

Дженерик содержит тот же основной или активный компонент, что и оригинальная формула, но почти всегда стоит дешевле. Тем не менее это не значит, что дженерик *идентичен* своему брендовому аналогу. FDA считает дженерик «эквивалентом» брендового препарата, если содержание его действующего вещества в крови у здоровых добровольцев варьирует в пределах 20%, что для некоторых пациентов составляет значительное различие. Дженерик может также отличаться от оригинала своими неактивными веществами и формой выпуска (например,

таблетки или капсулы). Более того, один дженерик может значительно отличаться от другого (теоретически до 40% вариации в содержании в крови). Основной вывод из этого заключается в том, что, если переход на дженерик сэкономит значительную сумму, его стоит попробовать. Тем не менее, если симптомы появятся снова, лучше всего будет вернуться к брендовому препарату. Кроме того, если вы принимаете работающий дженерик, не переходите на другой эквивалент. А также помните, что некоторые аптеки и врачи получают бонусы за перевод пациентов на те или иные дженерики.

Раздельное лечение

Многие пациенты получают лечение более чем от одного «поставщика». Зачастую психотерапию может осуществлять немедицинский специалист (психолог, социальный работник или консультант), в то время как лекарства назначает врач (психиатр или терапевт). Преимущества такого сценария включают меньшую стоимость (в связи с чем он поощряется компаниями, организующим медицинское обслуживание), участие большего числа специалистов и разделение вопросов психотерапии и фармакотерапии. Однако это же разделение может быть и недостатком, поскольку оно позволяет потенциальным пациентам делить специалистов на «хороших врачей» и «плохих врачей», что вносит сумятицу в процесс лечения. Тесная коммуникация между профессионалами, лечащими одного и того же пациента, важна для успеха процесса. В большинстве случаев предпочтительнее будет психиатр, имеющий навыки как в лечении препаратами, так и в психотерапии.

Можно ли вылечить пограничную личность?

Как и само расстройство, мнение специалистов касательно прогноза для пациентов с ПРЛ скачет из одной крайности в другую. В 1980-х годах расстройства личности Оси II считались устойчивыми и стабильными на протяжении времени. В DSM-III утверждалось, что расстройства личности «начинаются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в стабильной форме (без периодов ремиссии или обострения) на протяжении взрослой жизни»[12]. Такое представление контрастировало с большинством расстройств Оси I (такими, как глубокая депрессия, алкоголизм, биполярное расстройство, шизофрения и т. д.), которые считались более эпизодическими и поддающимися фармакологическому лечению. Доля суицидов среди больных ПРЛ приближалась к 10%[13]. Все это говорило в пользу высокой вероятности безнадежного прогноза для пациентов с ПРЛ.

Тем не менее долгосрочные исследования, опубликованные в последние несколько лет, продемонстрировали значительный прогресс по прошествии времени[14, 15]. В этих исследованиях, в ходе которых пациенты с ПРЛ наблюдались на протяжении десяти лет, до 2/3 пациентов больше не отвечали пяти из девяти определяющих критериев расстройства и поэтому могли считаться «излеченными», поскольку не удовлетворяли формальному определению из DSM. Прогресс наблюдался как при лечении, так и при его отсутствии, хотя у пациентов, получавших лечение, ремиссия наступала быстрее. Несмотря на эти оптимистичные открытия, было обнаружено, что, хотя этих пациентов нельзя формально определить как «страдающих ПРЛ», некоторые из них по-прежнему

испытывали трудности в межличностном общении, что осложняло их социальную жизнь и трудовые взаимоотношения. По всей видимости, более острые и заметные симптомы ПРЛ (которые по большей части и определяют расстройство), такие как суицидальное поведение и нанесение себе ранений, деструктивная импульсивность и квазипсихотическое мышление быстрее реагируют на лечение или проходят сами, чем устойчивые признаки темперамента (страх одиночества, чувство опустошенности, зависимость и т. д.). Говоря коротко, хотя прогноз сейчас гораздо лучше, чем было принято думать раньше, некоторые пограничные личности продолжают бороться с нескончаемыми проблемами.

Те, кому удается побороть болезнь, проявляют бóльшую способность доверять и устанавливать удовлетворительные (пусть даже и не всегда очень близкие) отношения. У них формируется более четкое понимание цели и более стабильное понимание себя. В каком-то смысле, даже если пограничные проблемы и сохраняются, эти пограничные личности становятся лучше.

ГЛАВА 10

Понимание и исцеление

Ну, а *здесь*, знаешь ли, приходится бежать *со всех ног*, чтобы только остаться на том же месте. Если же хочешь попасть в другое место, тогда нужно бежать по меньшей мере вдвое быстрее.

Льюис Кэрролл

«Я чувствую, будто во мне есть пустота, которую я никогда не могу заполнить». Элизабет, привлекательную и остроумную женщину 28 лет, изначально направил на терапию ее семейный врач. Она уже шесть лет прожила в браке с мужчиной на десять лет старше нее, который когда-то был ее начальником. За пять месяцев до этого она родила своего первого ребенка, дочь, и теперь столкнулась с глубокой депрессией.

Она жаждала чего-то, что могла бы назвать своим, что «продемонстрировало бы, что остальной мир в курсе моего существования». Внутри она чувствовала, что «реальная она» представляла собой трясину детских эмоций, и всегда скрывала свои чувства, которые были «уродливыми и плохими». Эти осознания превратились в ненависть к себе; она хотела сдаться.

Как она сама посчитала, за предыдущие шесть лет Элизабет вступала в девять внебрачных связей, все — с мужчинами с работы. Это началось вскоре после смерти ее отца. Бóльшую часть отношений она полностью

контролировала, сперва инициируя их, а затем заканчивая. Она обнаружила, что ей нравилась озадаченность этих мужчин ее заигрываниями, а затем ее отказами. Ей нравилась физическая близость, но она признавала, что боится слишком сильно вовлечься в отношения эмоционально. Хотя она контролировала эти отношения, она никогда не считала их сексуально удовлетворительными; не реагировала она в сексуальном плане и на своего мужа. Она признавала, что использовала секс, чтобы «уравновесить» отношения и сохранять контроль — так она чувствовала себя в большей безопасности. Ее интеллекта и личности, как ей казалось, было недостаточно, чтобы удержать мужчину.

У воспитанной в рабочей семье католиков Элизабет было трое старших братьев и младшая сестра, которая в пять лет утонула в результате несчастного случая. В то время Элизабет было всего восемь, и она едва ли понимала произошедшее, замечая разве что отдаление матери.

Насколько Элизабет могла помнить, мать всегда ее критиковала и обвиняла в том, что она «плохая». Когда Элизабет была маленькой девочкой, ее мать настаивала, чтобы она вместе с ней ходила в церковь, и заставила ее отца соорудить в детской алтарь. Девочка чувствовала себя ближе к отцу, пассивному и тихому человеку, которым командовала жена. Вступив в переходный возраст, она заметила, что он отдалился и стал менее нежным.

Взрослевшая Элизабет оставалась тихой и робкой. Ее мать не одобряла связи с мальчиками и пристально наблюдала за ее дружбой с девочками; она хотела, чтобы ее дочь заводила только «приемлемых» друзей. Братья всегда были мамиными любимчиками; Элизабет играла с ними, пытаясь стать «одной из мальчиков». Элизабет получила хорошие оценки в старшей школе, но ее

отговорили идти в колледж. После выпуска она начала работать на полную ставку секретарем.

С течением времени конфликты с матерью нарастали. Уже в старшей школе мать Элизабет обзывала ее «проституткой» и все время обвиняла в разгульности, несмотря на то что у девушки даже не было сексуального опыта. Через какое-то время, натерпевшись в крикливых перебранках с матерью, она накопила достаточно денег, чтобы съехать.

Как раз во время всей этой сумятицы босс Элизабет Ллойд расстался с женой и увяз в трудном бракоразводном процессе. Элизабет предложила ему утешение и сочувствие. Они начали встречаться и поженились вскоре после завершения его развода. Естественно, мать отреклась от нее за брак с разведенным мужчиной, тем более что он был на десять лет старше Элизабет и отошел от католичества.

Ее отец оставался в стороне. Через год после свадьбы Элизабет он умер.

Пять лет спустя ее брак разваливался на части, и Элизабет винила в этом мужа. Она считала Ллойда «вором», который украл ее молодость. Ей было всего 19, когда они встретились, и ей так нужна была забота, что она продала свою юность в обмен на безопасность — те самые годы, когда ей следовало «экспериментировать с тем, кем я хотела стать, могла бы стать, должна была стать».

На ранних стадиях лечения Элизабет начала говорить о Дэвиде, ее последнем и самом важном любовнике. Он был на 12 лет старше, давний друг семьи и приходской священник. Вся семья, и особенно мать Элизабет, знала его и любила. Он был единственным, с кем Элизабет чувствовала связь. Но именно эти отношения она не могла

контролировать. На протяжении двух лет они то расставались, то снова сходились — всегда по его инициативе. Позднее она призналась психиатру, что Дэвид был отцом ее ребенка. Очевидно, ее муж был не в курсе.

Элизабет все больше уходила в себя. Ее взаимоотношения с мужем, который часто бывал в отъезде, ухудшались. Она все больше отдалялась от матери и братьев, а отношения с друзьями балансировали на грани краха. Она противилась попыткам привлечь к терапии ее мужа, ей казалось, что Ллойд и доктор состоят в тайном заговоре. Так что даже психотерапия укрепляла ее убежденность, что никому нельзя доверять и ни на кого нельзя полагаться, поскольку это ведет только к разочарованию. Все ее мысли и чувства казались обремененными противоречиями, как будто она блуждала в лабиринте из тупиков. Собственная сексуальность казалась ей единственным выходом.

Ее психотерапевт часто становился мишенью для жалоб, потому что он «все контролировал». Она могла кричать на него, обвинять его в некомпетентности и угрожать прекратить терапию. Она надеялась, что он разозлится, начнет кричать в ответ и прекратит встречи с ней или же станет в позицию защиты и будет умолять ее остаться. Но он не делал ничего из этого, и Элизабет обрушивалась на невозмутимость терапевта как на доказательство его бесчувственности.

Даже несмотря на то что Элизабет привыкла к частым командировкам мужа, она все больше боялась оставаться одна. Во время его поездок по каким-то не понятным ей самой причинам она спала на полу. Когда Ллойд возвращался, она все время бросалась на него в приступах ярости. Она все больше страдала от депрессии. Суицид теперь был скорее не альтернативой, а исходом, к которому все вело.

Восприятие реальности у Элизабет стало более хрупким: желанный психоз позволял ей жить в мире фантазий, в котором она была вольна «отправиться куда угодно». Этот мир был таким далеким от реальности, что никому — даже психиатру — не удавалось достучаться до нее и «увидеть, что там внизу».

В мечтах она представляла себя под защитой сильного красивого мужчины, который ценил бы все ее достойные восхищения качества и был бы бесконечно внимателен. В ее фантазиях он сначала представал ее бывшим учителем, потом ее гинекологом, затем семейным ветеринаром и в конце концов — ее психиатром. Элизабет воспринимала всех этих мужчин сильными, но где-то внутри она также знала, что они для нее недоступны. И все же в ее фантазиях они были очарованы ее шармом и неумолимо тянулись к ней. Когда реальность шла не по ее сценарию — когда один из этих мужчин не отвечал на ее флирт, — она становилась подавленной и испытывала презрение к себе, чувствуя, что недостаточно привлекательна.

Куда бы она ни смотрела, она видела женщин красивее, умнее, лучше себя. Она хотела, чтобы ее волосы были гуще, чтобы глаза были другого цвета, а кожа — чище. Смотрясь в зеркало, она видела в отражении не привлекательную молодую женщину, а старую ведьму с обвисшей грудью, широкой талией и полными икрами. Она презирала себя за то, что она женщина, единственная ценность которой могла заключаться в красоте. Она мечтала быть мужчиной, как ее братья, «чтобы мой ум тоже имел значение».

На втором году амбулаторной терапии Элизабет пережила несколько потерь, включая смерть любимого дяди, к которому была сильно привязана. Ее преследовали

повторяющиеся сны и кошмары, которые она не могла вспомнить после пробуждения. Ее депрессия стала еще глубже, а суицидальные настроения усилились, из-за чего она наконец была госпитализирована.

С помощью более интенсивной терапии она начала воскрешать в памяти травмирующие события из детства, открывая тем самым ящик Пандоры. Она вспомнила несколько жестоких эпизодов избиения матерью, а затем начала воспроизводить и сексуальное насилие с ее стороны — сцены, когда она проводила дочери вагинальные подмывания и спринцевание, а также ласкала ее, чтобы «очистить» влагалище. Эти ритуалы начались, когда Элизабет было около восьми, вскоре после смерти ее сестры, и продолжались до пубертатного периода. Воспоминания включали и моменты, когда она заглядывала в лицо матери и замечала в нем мягкое и умиротворенное выражение; это были редкие случаи, когда Элизабет казалось, что ее мать не осуждает ее.

Элизабет вспоминала, как по многу часов сидела одна в шкафу и часто спала на полу из-за страха подвергнуться домогательствам в кровати. Иногда она спала с ленточкой или с наградой, которую получила в школе. Это успокаивало ее, поэтому она продолжала такие ритуалы и будучи взрослой, часто предпочитая пол кровати и проводя время в одиночестве в тихой комнате или темном чулане.

В больнице Элизабет говорила о разных сторонах своей личности. Она описывала, как представляет себя разными людьми, и даже давала фрагментам личности имена. Эти персонажи были независимыми, исключительно талантливыми женщинами, которые вызывали всеобщее восхищение либо высокомерно избегали социальных контактов. Элизабет чувствовала, что, когда она чего-то достигала или добивалась успеха, в этом была заслуга

одного из этих отдельных личностных сегментов. Она с большим трудом могла интегрировать их в стабильное и единое самовосприятие.

Тем не менее она признавала, что это только фрагменты личности, и они никогда не захватывали контроль над ее поведением. Она не страдала от явных периодов амнезии или диссоциации, и ее симптомы нельзя было отнести к аспектам диссипативного расстройства идентичности (раздвоение личности), хотя этот синдром нередко ассоциируется с ПРЛ.

Элизабет использовала этих «других женщин», чтобы выразить желания и чувства, которые сама она была вынуждена подавлять. Считая себя недостойной, она воспринимала эти частичные идентичности как отдельные, более сильные единицы. Постепенно в больнице она научилась признавать, что они всегда были частью ее. Это признание принесло ей облегчение и надежду. Она начала верить, что она сильнее и нормальнее, чем ей казалось, и это стало поворотным пунктом в ее жизни.

Но она еще не могла провозгласить полную победу. Как старший офицер, она приказывала разным сторонами своей личности построиться перед ней и заключала, что они не могут идти в бой без объединяющего намерения. Элизабет — ядро ее существа — все еще боялась перемен, любви и успеха, все еще напрасно искала безопасности, все еще бежала от своих отношений. Путь к принятию себя должен был стать гораздо труднее, чем она себе представляла.

Через несколько недель Элизабет покинула больницу и продолжила амбулаторное лечение. По мере ее прогресса отношения с мужем стали ухудшаться. Но вместо того, чтобы винить себя, как она обычно делала, она попробовала разрешить противоречия и остаться с ним. Она

дистанцировалась от нездоровых контактов с членами семьи. Она сформировала более положительную самооценку. Она начала ходить на курсы в колледж и прекрасно с ними справлялась, получая академические награды. Она спала, спрятав под подушку свою первую награду, как в детстве. Затем она поступила в юридическую школу и получила заслуженное звание лучшей студентки. Она выстроила новые отношения как с мужчинами, так и с женщинами и обнаружила, что ей в них комфортно, даже если она не контролирует все сама. Она стала более удовлетворена своей женственностью.

Понемногу Элизабет начала излечиваться. Она почувствовала, как «занавес поднимается». Она сравнивала это ощущение с поиском ценного антикварного предмета на темном захламленном чердаке — она знала, что он где-то здесь, но не видела его из-за беспорядка. Когда она наконец его заметила, она не могла до него добраться, потому что он был «похоронен под кучей ненужного мусора». Но ей то и дело удавалось разглядеть четкий путь к этому объекту, как будто бы на краткий миг комнату освещала вспышка молнии.

Эти вспышки были слишком краткими. Старые сомнения вздымались, как страшные лица в комнате ужасов в парке аттракционов. Часто ей казалось, будто она взбирается по эскалатору, идущему вниз, поднимаясь на одну ступеньку, только чтобы уехать назад на две. Ее все еще тянуло недооценивать себя и признавать свои достижения заслугой других. Но ее первая реальная проблема — получение статуса адвоката — была почти настоящей. Пять лет назад она бы не смогла даже заговорить об учебе, не то что поступить куда-то. Тембр ее депрессий начал меняться: депрессия из-за неудач эволюционировала, как она сама заметила, в страх успеха.

Рост и перемены

«Перемены — это реально тяжелая работа!» — часто говорила Элизабет. Они требуют осознанного отхода от нездоровых ситуаций и готовности выстраивать здоровые основы. Они предполагают необходимость справляться с резким нарушением давно устоявшегося равновесия.

Как и эволюция по Дарвину, индивидуальные изменения происходят практически незаметно, методом проб и ошибок. Индивид неявно противится мутации. Он может жить в болоте, но это его болото; он знает, где в нем прячутся аллигаторы, что скрывается во всех топях и трясинах. Покинуть это болото — значит вступить в неизвестность и, возможно, упасть в еще более опасное болото.

Для пограничной личности, мир которой так явно разделен на черное и белое, перемены кажутся еще более угрожающими. Она может цепляться за какую-то крайность из страха потерять контроль и упасть в бездну другой крайности. Например, пограничный анорексик голодает из страха, что еда — даже маленькая кроха — приведет к полной утрате контроля и неизбежному ожирению.

Страх пограничной личности перед переменами затрагивает еще и базовое недоверие к своим «тормозам». Более здоровым людям эти психологические тормоза позволяют постепенно переходить от пика настроения или определенного поведения к плавной остановке в «серой зоне» ската. Опасаясь, что эта тормозная система не выдержит, пограничная личность считает, что не сможет остановиться и продолжит выходить из-под контроля до самого конца.

Какими бы постепенными ни были перемены, они требуют модификации автоматических рефлексов.

Пограничный человек находится в ситуации, сильно напоминающей игру «Заставь меня моргнуть» или «Заставь меня засмеяться», где ребенок храбро сражается с желанием моргнуть или засмеяться, пока второй машет рукой или строит смешные рожицы. Такие рефлексы, сформировавшиеся на протяжении долгих лет, могут быть скорректированы только сознательным и мотивированным усилием.

Взрослые иногда сталкиваются с такими испытаниями воли. Мужчина, столкнувшийся со злой лающей собакой в незнакомом районе, сопротивляется автоматическому рефлексу убежать от опасности. Он понимает, что, если побежит, собака, скорее всего, догонит его и тогда будет представлять еще бóльшую угрозу. Вместо этого он поступает прямо противоположным (и обычно более благоразумным) образом — стоит не двигаясь, позволяя собаке обнюхать его, а затем медленно идет дальше.

Психологические перемены требуют от человека ограничить контрпродуктивные автоматические рефлексы и приучить себя к осознанному и волевому выбору других вариантов, которые отличаются от рефлекса и даже противопоставляются ему. Иногда такие новые способы вести себя кажутся пугающими, но обычно они позволяют более эффективно справляться с ситуацией. Элизабет и ее психиатр отправились в долгий путь к ее переменам в ходе регулярных еженедельных индивидуальных сеансов. Первоначальные встречи фокусировались на том, чтобы обезопасить Элизабет. Также рассматривались когнитивные техники и различные предположения. На протяжении нескольких недель Элизабет противилась рекомендации врача начать прием антидепрессантов, но, согласившись, она вскоре отметила значительное улучшение настроения.

Начало перемен: самооценка

В случае с пограничной личностью перемены предполагают скорее настройку, чем полную реконструкцию. В разумных планах диет для потери веса, которые почти всегда противостоят порывам сбросить много кило за короткий срок, лучшие результаты достигаются плавно и неспешно. Так же и перемены в пограничном человеке лучше инициировать постепенно, сначала внося лишь небольшие корректировки, и начинать следует с самооценки: перед составлением нового курса человек должен понимать свое текущее положение и осознавать, в каком направлении будут продолжаться модификации.

Представьте личность как серию пересекающихся линий, каждая из которых представляет ту или иную черту характера (рис. 10.1). Крайние проявления каждой черты расположены на концах линии, а середина — в центре. Например, на линии «добросовестность на работе» один конец может отражать обсессивную одержимость или «трудоголизм», а другой — «безответственность» или «апатию»; в середине будет промежуточное положение — «спокойный профессионализм». На линии «забота о внешности» один конец может означать «нарциссическое внимание к внешнему виду», а второй — «абсолютную незаинтересованность». Для идеальной личности рисунок выглядел бы как спицы совершенно круглого колеса, пересекающиеся приблизительно в середине.

Конечно, никто не бывает полностью «отцентрированным» все время. Важно идентифицировать каждую линию, по которой необходимы изменения, и определить позицию индивида на этой линии по отношению к середине. Затем ему нужно понять, как близко к середине он хочет подобраться, — это и составляет суть процесса

изменений. За исключением крайних концов, ни одно положение не является по умолчанию «лучшим» или «худшим». Смысл здесь заключается в том, чтобы узнать себя (определить свое положение на линии) и двигаться в адаптивном направлении.

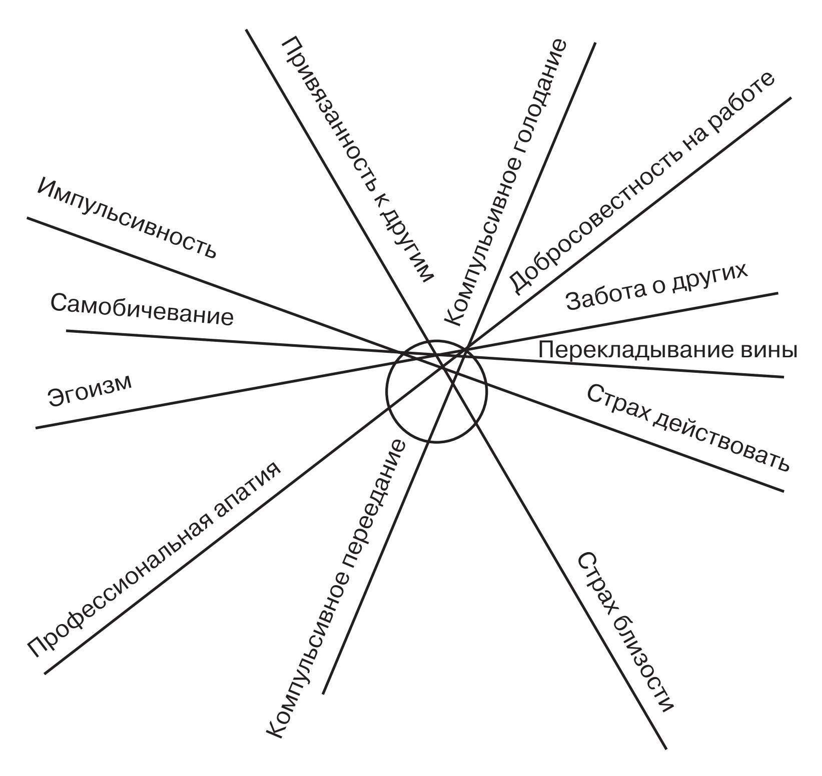


Рис. 10.1. Личность как серия пересекающихся линий

Например, если мы изолируем линию «забота о других» (рис. 10.2), один ее конец («самопожертвование ради заботы») представляет собой точку, где беспокойство об интересах других мешает заботиться о себе; такой человек полностью посвящает себя другим, чтобы быть

полезным. Эту позицию можно воспринимать как своего рода эгоистичный альтруизм, потому что «забота» таких людей основана на подсознательной личной заинтересованности. На другом конце («мне плевать») располагается человек, который едва ли обращает внимание на других и действует только в собственных интересах. В середине находится своеобразная точка равновесия — сочетание заботы о других и о своих потребностях. Человек, чьи показатели сочувствия находятся в средней зоне, признает, что помочь другим можно, только сперва позаботившись о собственных первостепенных потребностях, — это своего рода альтруистический эгоизм.

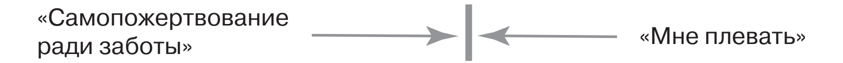


Рис. 10.2. Линия черты личности «забота о других»

Перемены происходят тогда, когда человек обретает понимание, с помощью которого может объективно осознать свое место на этой линии и затем компенсировать недостающие черты, корректируя поведение так, чтобы оно приближалось к центру. Индивид, который реалистично определяет свою текущую позицию в левой стороне от середины, постарается чаще говорить другим «нет» и в целом будет пытаться проявлять больше настойчивости. Тот, кто видит себя справа от центра, попытается компенсировать свое поведение, выбирая такой образ действий, который будет принимать во внимание потребности других. Эта позиция отражает наставления древнего ученого Гиллеля: «Если не я за себя, то кто за меня? А если я только за себя, то кто я? И если не сейчас, то когда?»

Конечно, никто не сохраняет «срединную позицию» постоянно; свою позицию на линии нужно корректировать,

балансируя чаши весов, когда одна из них слишком сильно склоняется вниз.

Претворение изменений в жизнь

Для истинных перемен недостаточно отдельных попыток скорректировать автоматические рефлексы; здесь необходимо заменить старое поведение новыми моделями, которые в итоге станут такими же естественными и комфортными, как и прежние. Это значит не просто тихо прокрасться мимо враждебной собаки, а подружиться с ней и вывести ее на прогулку.

На ранних стадиях такие перемены обычно вызывают дискомфорт. Представьте себе игрока в теннис, который решает, что его ненадежный удар слева требует отработки. И вот он начинает серию занятий, чтобы улучшить свой удар. Техники, которые он разучивает, поначалу дают плохие результаты. Новый стиль не так комфортен для него, как старый удар. Игрок борется с искушением вернуться к привычной технике. И только после продолжительной практики он сможет истребить плохие привычки и укоренить более эффективный и в итоге более удобный навык. Так же и психологические перемены требуют формирования новых рефлексов на замену старым. Только после упорной практики такая замена может быть эффективной, комфортной и, следовательно, постоянной.

Как научиться хромать

Если путешествие в тысячу миль начинается с одного шага, то путешествие пограничной личности через дебри исцеления начинается с одного хромого шажка. Перемены — это великая война для людей с ПРЛ, и она дается

им куда тяжелее, чем другим, из-за уникальных черт их расстройства. Расщепление и отсутствие объектной константности (см. главу 2) сочетаются и образуют угрожающую баррикаду на пути к доверию к себе и другим, а также к установлению комфортных взаимоотношений.

Чтобы инициировать перемены, пограничная личность должна вырваться из рамок парадокса: чтобы принять себя и других, ей нужно научиться доверять, но доверять другим на самом деле значит для начала доверять себе, то есть своему восприятию окружающих. Пограничная личность также должна научиться принимать их последовательность и надежность — а это нелегкая задача для того, кто, словно маленький ребенок, полагает, что другие «исчезают», покидая комнату. Элизабет в самом начале лечения сказала своему психиатру: «Когда я вас не вижу, мне кажется, что вы вообще не существуете».

Как человек с травмированной ногой, пациент с ПРЛ должен научиться хромать. Если он останется прикованным к постели, его мышцы атрофируются и ослабнут; если он попытается слишком интенсивно тренироваться, он еще сильнее повредит себе. Вместо этого ему нужно учиться хромать на травмированной ноге, перенося на нее достаточно веса, чтобы она постепенно окрепла, но не слишком много, чтобы не перенапрячь ее и не помешать заживлению (то есть терпеть несильную, переносимую боль). Аналогично и исцеление пограничного человека требует умеренного давления, которое он будет оказывать на себя сам, чтобы двигаться дальше. По мере того как терапия Элизабет прогрессировала, когнитивные интервенции уступили место более психодинамическому подходу, где внимание фокусировалось скорее на связи между ее прошлым опытом и поведением в настоящем. Во время этого перехода интервенции психотерапевта

сходили на нет, а Элизабет брала на себя ответственность за все бо́льшую часть терапии.

Оставить прошлое позади

Как и у большинства людей, ви́дение мира у пограничной личности формируется детским опытом, в котором семья служит микрокосмом вселенной. Но люди с ПРЛ, в отличие от здоровых, не могут с легкостью отделиться от других членов семьи, как и отделить свою семью от остального мира.

Не будучи способной увидеть мир глазами взрослого, пограничная личность продолжает воспринимать жизнь, как ребенок, с присущими детям интенсивными эмоциями и категоричными взглядами. Когда маленького ребенка наказывают или ругают, он считает себя несомненно плохим; ему никогда не придет в голову, что у мамы просто был плохой день. По мере взросления здоровый ребенок видит расширяющийся мир более сложным и менее догматичным. Пограничная же личность остается ребенком в теле взрослого.

«В детстве всегда бывает минута, когда дверь распахивается настежь и впускает будущее», — писал Грэм Грин в романе «Сила и слава». В детство большинства людей с ПРЛ взрослая ответственность входит слишком рано; дверь открывается еще шире, но они не в силах смотреть на свет. Или, возможно, именно это безжалостное открытие двери делает вид света таким непереносимым.

Перемены для пограничной личности наступают тогда, когда она учится видеть нынешний опыт — и возвращаться к воспоминаниям из прошлого — через призму взрослого восприятия. Новое ви́дение сродни просмотру по телевизору старого «ужастика», который вы смотрели

много лет назад: фильм, казавшийся таким страшным на большом экране, выглядит пресным — и даже глупым — на маленьком экране в комнате с включенным светом; и вы не понимаете, почему в первый раз он вас так напугал.

Когда Элизабет уже прошла немалый путь в психотерапии, она увидела чувства из раннего детства в другом свете. Она стала их принимать, признавая ценность опыта; она осознала, что, если бы не эти ранние эмоции и переживания, она бы не смогла с такой мотивацией и рвением взяться за свою новую юридическую карьеру. Она говорила: «Чувства, порожденные в моем детстве, все еще преследуют меня. Но теперь я даже на это смотрю в новом свете. То самое, что я ненавидела, теперь я принимаю как часть себя».

Игра тем, что раздали

Самое серьезное препятствие на пути человека с ПРЛ к переменам — его склонность оценивать все в абсолютных критериях. Он должен быть либо совершенным идеалом, либо полным неудачником; он оценивает себя либо на 5+, либо, чаще всего, на 2. Но вместо того, чтобы исправить свою «двойку», он носит ее как клеймо позора и повторяет одни и те же ошибки снова и снова, не распознавая модели собственного поведения, на которых можно было бы поучиться, чтобы расти и двигаться дальше.

Не желая играть картами, которые ему раздали, пограничный человек каждый раз пасует, теряет ставку и все ждет, когда же ему придут четыре туза. Если он не может быть уверен в выигрыше, он не станет играть. Позитивные сдвиги происходят, когда он учится ценить те карты, которые ему достались, и признавать, что при должном умении с ними все еще можно выиграть.

Человека с ПРЛ, как и многих других людей, часто сковывает нерешительность. Альтернативы кажутся слишком многочисленными, и он не может принять решение. Но по мере взросления выбор выглядит менее пугающим и может даже стать источником гордости и большей независимости. В этот момент пациент осознает, что принять решение может только он сам. Как отметила Элизабет, «я обнаруживаю, что корни моей нерешительности — это начало успеха. То есть вся агония выбора происходит от того, что я внезапно вижу различные варианты».

Проведение границ: формирование идентичности

Одна из основных целей пограничной личности — сформировать самостоятельное ощущение своей идентичности и преодолеть склонность сливаться с другими. Если использовать биологические термины, это похоже на переход от паразитической формы жизни к состоянию симбиоза и даже независимости. Как симбиоз, так и независимость могут пугать, и большинство людей с ПРЛ обнаруживают, что полагаться на себя — это как впервые ходить на своих ногах.

В биологии существование паразита полностью зависит от его хозяина. Если паразитирующий клещ высосет слишком много крови из собаки, на которой он сидит, то собака умрет, а сам клещ вскоре отправится вслед за ней. Отношения между людьми работают лучше всего, когда в них минимум паразитизма и максимум симбиоза. В симбиозе два организма получают больше выгод от совместного существования, но могут прожить и по отдельности. Например, мох, растущий на дереве, помогает ему, укрывая

ствол от прямых солнечных лучей, а себя обеспечивая доступом к огромным запасам подземных вод, питающих дерево. Однако если мох или дерево погибнут, оставшийся сможет продолжать существование, хотя и в менее благоприятных условиях. Иногда пограничный человек играет роль паразита, чья требовательная зависимость может в конце концов уничтожить того, к кому он сильно привязан; если же этот человек покидает пограничного «паразита», последний гибнет. Если пограничная личность научится формировать более взаимно благоприятные отношения с другими, все смогут жить лучше.

Более комфортные отношения с другими для Элизабет начались с ее психиатра. Она несколько месяцев проверяла его преданность руганью, критикой и угрозами прекратить терапию, но затем поверила в серьезность его намерений. Она стала принимать недостатки и ошибки врача, а не усматривать в них доказательства того, что он ее неизбежно подведет. Через какое-то время Элизабет стала распространять такое же зарождающееся доверие и на других людей в своей жизни. И она начала принимать себя со всеми несовершенствами так же, как она принимала других.

По мере того как состояние Элизабет улучшалось, она обретала уверенность в том, что не потеряет внутренний стержень. Если раньше в группе людей она застенчиво уклонялась от взаимодействия, чувствуя себя не в своей тарелке, то теперь могла комфортно общаться с другими: они отвечали за себя, она — за себя. Если раньше она чувствовала обязанность играть какую-то роль, чтобы вписаться в группу, то теперь придерживалась более постоянного, стабильного самоощущения; теперь она могла «оставаться одного цвета» с большей легкостью. Формирование устойчивой идентичности означает развитие

способности держаться самостоятельно, не опираясь на кого-либо. Это означает доверять собственным суждениям и инстинктам, а затем — реагировать на них.

Выстраивание взаимоотношений

По мере того как пограничная личность обретает четкое ощущение собственной идентичности, она также отделяет себя от других. Перемены требуют умения ценить других как независимых индивидов и сочувствовать их проблемам. Их недостатки и несовершенства должны не только признаваться, но еще и восприниматься как нечто отдельное от самого человека с ПРЛ в рамках процесса ментализации (см. главу 8). Когда эта задача оказывается провалена, взаимоотношения дают сбой. Принцесса Диана оплакивала утрату своей воображаемой сказки о браке с принцем Чарльзом: «Еще маленькой девочкой я лелеяла столько мечтаний. Я хотела и надеялась... что мой муж будет присматривать за мной. Что он будет отцовской фигурой, будет поддерживать меня, приободрять... Но ничего этого я не получила. Я просто не могла поверить. Ничего из этого. Это была смена ролей»[1].

Пограничная личность должна научиться сводить воедино положительные и отрицательные качества других людей. Когда она хочет приблизиться к другому человеку, ей нужно оставаться достаточно независимой, чтобы зависеть от него комфортно, а не отчаянно. Она учится действовать в симбиозе, а не как паразит. Излечивающийся пациент с ПРЛ развивает ощущение константности в отношении себя и других; формируется доверие — к другим и к своим взглядам. Мир становится более гармоничным, сбалансированным.

Это сравнимо с покорением горы: самые полные ощущения альпинист получает, когда может оценить все виды: посмотреть вверх и четко увидеть свою цель, посмотреть вниз и понять, как далеко он продвинулся. И наконец, передохнуть, осмотреться и восхититься видом с того места, где он находится в данный момент. Но важно осознать, что никто никогда не достигнет вершины; жизнь — это постоянный подъем в гору. Психическое здоровье в немалой степени заключается в способности ценить это путешествие — в способности понять суть молитвы о терпении, которую читают почти на всех встречах в рамках «программы 12 шагов»: «Господи, дай мне терпение принять то, что я не в силах изменить, смелость изменить то, что я могу, и мудрость отличить одно от другого».

Как распознать эффект от перемен на других

Когда индивид впервые начинает терапию, он зачастую не понимает, что это *он*, а не другие должен что-то менять. Тем не менее, когда он все-таки добивается перемен, важные для него люди тоже должны к ним приспосабливаться. Стабильные отношения — это динамичная, меняющаяся система, достигшая равновесия. Когда один человек в этой системе меняет что-то в своем поведении, другие должны приспосабливаться, чтобы восстановить гомеостаз, состояние баланса. Если этого не происходит, система может рухнуть, и отношения будут уничтожены.

Например, Алисия консультируется с психотерапевтом по поводу глубокой депрессии и тревожности. В ходе терапии она обрушивается с руганью на своего мужа-алкоголика Адама, которого она обвиняет в том, что чувствует себя бесполезной. В конце концов она признает собственную роль в распаде их брака — ее потребность ставить

других в зависимость от себя, ее взаимную необходимость стыдить их, а также ее страхи перед попыткой достичь независимости. Она уже все меньше винит Адама. У нее формируются новые независимые интересы и отношения. Она перестает закатывать истерики с криком; перестает ругаться из-за того, что он пьет; точка равновесия в браке сместилась.

Адам может обнаружить, что ситуация теперь для него стала гораздо менее комфортной, чем раньше. Он может начать пить еще больше в бессознательной попытке восстановить былое равновесие и принудить Алисию вернуться в рамки роли заботливой мученицы. Он может обвинять ее во встречах с другими мужчинами и пытаться разорвать отношения, которые теперь для него невыносимы.

Или же он может тоже увидеть необходимость перемен и собственную вину в поддержании этого патологического равновесия. Он может воспользоваться этим шансом, чтобы яснее увидеть собственные действия и переоценить свою жизнь, как это на его глазах удалось сделать Алисии.

Участие в терапии нередко оказывается ценным опытом для всех задействованных лиц. Чем интереснее и умнее становилась Элизабет, тем яснее она видела невежественность мужа. Чем больше она открывалась новым идеям, чем больше оттенков серого она различала в каждой ситуации, тем более черно-белым становился ее супруг, пытавшийся восстановить равновесие. Она чувствовала, что «оставляет кого-то позади». Этим человеком была она сама — или, вернее, та часть ее, в которой она больше не нуждалась. Говоря ее же словами, она «росла».

Лечение подходило к концу, и Элизабет все реже встречалась с врачом, но все еще была вынуждена вступать

в противоборство с другими близкими людьми. Она боролась с братом, который отказывался признать свои проблемы с наркотиками. Он обвинял ее в «выпендрежничестве» и в том, что она «использует свое новое психологическое дерьмо как оружие». Они ожесточенно спорили из-за недостатка коммуникации в семье. Он говорил, что даже после всех «мозгоправов» она все еще была «поехавшей». Она ругалась с матерью, которая продолжала требовать, жаловаться и все так же не могла продемонстрировать ни капли любви. Она билась с мужем, который уверял ее в своей любви, но продолжал пить и критиковать ее желание получить образование. Он отказывался помочь с их сыном, и через какое-то время она начала подозревать, что причина его частого отсутствия — роман с другой женщиной.

Наконец Элизабет стала понимать, что она не в силах изменить других. Она прибегла к техникам SET, чтобы попытаться лучше понять членов своей семьи и установить защитные границы, чтобы уберечь себя от втягивания в дальнейшие конфликты. Она начала принимать родных такими, какие они есть, любить их, насколько это возможно, и продолжать жить. Она признала необходимость завести новых друзей и новые интересы. Сама Элизабет называла это «возвращением домой».

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Классификации по DSM-IV-TR

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-е издание, пересмотренное, было опубликовано Американской психиатрической ассоциацией в 2000 году. В этом документе предпринимается попытка оценить психиатрические заболевания по пяти осям.

Ось I включает большинство психических расстройств, за исключением расстройств личности и задержки умственного развития.

Ось II включает расстройства личности и различные степени задержки умственного развития.

Ось III состоит из всех сопутствующих общих расстройств здоровья.

Ось IV охватывает психосоциальные и относящиеся к среде проблемы, которые могут осложнить диагностическую работу и лечение.

Ось V описывает оценки клиническими врачами общего уровня активности пациентов по Шкале общей оценки функционального статуса (GAF), где уровень функциональности оценивается от 0 до 100.

Диагнозы Оси I

(Частичное перечисление с некоторыми примерами)

Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенчестве, детстве или подростковом возрасте

Нарушение способности к обучению

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

Аутизм

Синдром Туретта

Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства

Делирий, вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

Болезнь Альцгеймера

Деменция вследствие травмы головы

Расстройства, связанные с употребление психоактивных веществ

Алкоголизм

Злоупотребление кокаином

Злоупотребление каннабиноидами

Злоупотребление амфетамином

Галлюциногенная интоксикация

Шизофрения и прочие психотические расстройства

Шизофрения

Расстройства настроения

Клиническая депрессия

Дистимическое расстройство

Биполярное расстройство первого типа

Биполярное расстройство второго типа

Тревожные расстройства

Паническое расстройство

Фобия

Посттравматическое стрессовое расстройство

Социальное тревожное расстройство

Обсессивно-компульсивное расстройство

Психосоматические расстройства

Соматизированное расстройство

Ипохондрия

Конверсионное расстройство

Телесное дисморфическое расстройство

Симулятивные расстройства

Диссоциативные расстройства

Диссоциативное расстройство идентичности (раздвоение личности)

Диссоциативная амнезия

Диссоциативная фуга

Сексуальные расстройства и расстройства гендерной идентичности

Преждевременная эякуляция

Эксгибиционизм

Педофилия

Фетишизм

Вагинизм

Расстройства пищевого поведения

Нервная анорексия

Нервная булимия

Расстройства сна

Первичная бессонница

Сомнамбулическое расстройство

Расстройства побуждений

Интермиттирующее эксплозивное расстройство

Клептомания

Патологическое пристрастие к азартным играм

Трихотилломания (вырывание волос и бровей)

Расстройства адаптации

С депрессивным состоянием

С тревожностью

Ось II. Диагнозы расстройств личности

(Полный список)

Группа А (Странные, эксцентричные)

Параноидное расстройство личности

Шизоидное расстройство личности

Шизотипическое расстройство личности

Группа В (Драматичные, эмоциональные)

Антисоциальное расстройство личности

Пограничное расстройство личности

Истерическое расстройство личности

Нарциссическое расстройство личности

Группа С (Тревожные, напуганные)

Уклоняющееся расстройство личности

Зависимое расстройство личности

Обсессивно-компульсивное расстройство личности

Диагностические определения в будущем

Наша нынешняя номенклатура, определяющая ПРЛ, основывается на подтверждении порогового числа описательных симптомов, перечисленных в DSM-IV-TR: у индивида *присутствует* ПРЛ, если он проявляет признаки минимум пяти из девяти критериев (см. главу 2). Таким образом, например, человек, имеющий пять симптомов и затем сумевший избавиться всего от одного из них, немедленно лишается этого диагноза.

Тем не менее эта *категорическая* парадигма не отражает традиционного взгляда на личность, состоящего в том, что она не меняется так резко. Таким образом, высока вероятность того, что будущие определения ПРЛ интегрируют в себя черты *многомерного* подхода. В этой парадигме может учитываться *степень* функциональности или беспомощности. Говоря более конкретно, врач будет при оценке принимать во внимание *степень* развития той или иной характеристики (такой, как импульсивность, эмоциональная лабильность, зависимость от вознаграждения, избегание вреда и т. д.), а не только *наличие* симптомов, чтобы диагностировать (или не диагностировать) ПРЛ. Цель таких поправок в Руководстве состоит в том, чтобы более точно отслеживать изменения и уровни прогресса, а не просто определять наличие или отсутствие расстройства.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Эволюция пограничного синдрома

Концепция пограничной личности эволюционировала преимущественно через теоретические формулировки авторов-психоаналитиков. Действующие критерии DSM-IV-TR — наблюдаемые, объективные и статистически надежные принципы для определения расстройства — происходят из более абстрактных, умозрительных трудов теоретиков, написанных за последние сто лет.

Фрейд

Во времена Зигмунда Фрейда, на рубеже веков, психиатрия была отраслью медицины, тесно связанной с неврологией. Психиатрические синдромы определялись по непосредственно наблюдаемому поведению, а не по ненаблюдаемым ментальным или «подсознательным» механизмам, и большинство форм психических болезней списывались на нейрофизиологические отклонения.

Хотя сам Фрейд был опытным нейрофизиологом, он исследовал сознание через призму других категорий. Он развивал концепцию бессознательного и стал инициатором психологического — в противовес физиологическому — исследования сознания. И все же он оставался убежден, что в итоге будет раскрыто совпадение физиологических механизмов с его психологическими теориями.

Спустя век после поворотного пункта, заданного проделанной Фрейдом работой, мы прошли почти полный круг: сегодня

диагностические классификации снова определяются наблюдаемыми феноменами, а новые горизонты исследований ПРЛ и других психических заболеваний простираются в сторону изучения нейрофизиологических факторов; при этом признается влияние факторов психологии и среды.

Предложенная Фрейдом теория бессознательного легла в основу психоанализа. Ученый полагал, что причина психопатологий заключается в конфликте между примитивными бессознательными импульсами и потребностью сознания помешать этим ужасающим, неприемлемым мыслям стать осознанными. Фрейд впервые применил гипноз, а позднее «свободные ассоциации» и другие классические техники психоанализа для объяснения свои теорий.

По иронии, Фрейд намеревался сделать классический психоанализ основным инструментом исследования, а не лечения. Он опубликовал яркие истории своих пациентов — «Человек-крыса», «Человек-волк», «Маленькие руки», «Анна О» и другие, — чтобы поддержать свои развивающиеся теории, а также прорекламировать психоанализ как метод лечения. Сегодня многие психоаналитики считают, что эти пациенты, которые, по мнению Фрейда, страдали истерией и другими типами неврозов, в наше время были бы однозначно диагностированы как пограничные личности.

Постфрейдистские психоаналитики

Психоаналитики, последовавшие за Фрейдом, внесли основной вклад в сегодняшнюю концепцию пограничного синдрома[1]. В 1925 году в работе «Импульсивный характер» Вильгельм Райх описал попытки применить психоанализ к некоторым необычным характерологическим расстройствам, с которыми он столкнулся в своей клинике. Он обнаружил, что человек с «импульсивным характером» часто погружался в два резко противоречащих друг другу эмоциональных состояния одновременно, но при этом мог поддерживать оба состояния без видимого

дискомфорта через механизм расщепления — эта концепция стала центральной для всех последующих теорий по пограничному синдрому, особенно для теории Кернберга (см. с. 298).

В конце 1920-х — начале 1930-х годов последователи британского психоаналитика Мелани Кляйн исследовали случаи многих пациентов, которые казались недоступными для психоанализа. Кляйнианцы фокусировались на психологической динамике, а не на биолого-конституциональных факторах.

Термин *пограничный* впервые использовал Адольф Штерн в 1938 году для описания группы пациентов, которые, казалось, не укладывались ни в одну из основных диагностических классификаций «неврозов» и «психозов»[2]. Эти индивиды были явно более больны, чем невротики, — по сути, «слишком больны для классического психоанализа», — но, в отличие от психотиков, не демонстрировали постоянной склонности неправильно интерпретировать реальность. Хотя, как и невротики, они проявляли широкий спектр тревожных симптомов, невротики обычно обладали более крепкой, последовательной идентичностью и прибегали к более зрелым механизмам приспособления.

На протяжении 1940-х и 1950-х годов другие психоаналитики начали распознавать целый пласт пациентов, которые не подходили под существующие описания патологий. Некоторые пациенты казались невротическими или проявляющими неглубокие симптомы, однако после начала традиционной психотерапии, особенно психоанализа, они «разоблачались». Аналогично госпитализация обостряла их симптомы и усиливала инфантильное поведение, а также зависимость от терапевта и больницы.

Другие пациенты, казалось, страдали от серьезного психоза, часто даже получали диагноз «шизофрения», а затем внезапно восстанавливались за очень короткий период. (Такое резкое улучшение нехарактерно для обычного течения шизофрении.) Некоторые пациенты проявляли симптомы депрессии, но их радикальные смены настроения не укладывались в типичный профиль депрессивных расстройств.

Психологические тесты также подтверждали наличие нового диагноза. Некоторые пациенты нормально справлялись со структурированными психологическими тестами (такими, как тестирование уровня IQ), но на неструктурированных проекционных тестах, требующих повествовательных персонализированных ответов (таких, как тест чернильных пятен Роршаха), их реакция куда больше напоминала реакцию психотических пациентов, которые мыслили и фантазировали на более регрессивном, детском уровне.

Во время этого послевоенного периода специалисты по психоанализу сконцентрировались на различных аспектах синдрома, стремясь разработать его лаконичную схему. Во многих отношениях ситуация напоминала старую притчу о слепых, которые стоят вокруг слона, ощупывают различные его части и пытаются понять, что за животное перед ними. Все они называли разных животных; так же и ученые, нащупав и определив различные аспекты пограничного синдрома, не могли увидеть цельную картину. Многие исследователи (Зилбург, Хох и Полатин, Байчовски и другие)[3–5] и DSM-II (1968 года)[6] поддерживали представление о шизофренических аспектах расстройства, прибегая к таким терминам, как «амбулаторная шизофрения», «пре-шизофрения», «псевдоневротическая шизофрения» и «латентная шизофрения», для описания этой болезни. Другие фокусировались на отсутствии последовательного осознания своей идентичности у пациентов. В 1942 году Хелене Дойч описала группу пациентов, которые преодолевали внутреннее ощущение опустошенности, прибегая, как хамелеоны, к изменению своих внутренних и внешних эмоциональных переживаний, чтобы они соответствовали текущему окружению и ситуации. Она назвала эту склонность перенимать качества других для завоевания или сохранения их любви «как будто личность»[7].

В 1953 году Роберт Найт воскресил термин *пограничный* в своей работе о «пограничных состояниях»[8]. Он признавал, что, хотя среди пациентов наблюдались заметные различия в симптомах, которые подпадали под категории разных диагнозов, они были проявлением одной и той же патологии.

После публикации работы Найта термин *пограничный* стал более популярным, а сама возможность использования общей пограничной концепции Штерна как диагноза стала более приемлемой. В 1968 году Рой Гринкер и его коллеги определили четыре подтипа пациентов с пограничными состояниями: 1) сильно пострадавшая от синдрома группа, близкая к психотикам; 2) «основная пограничная группа» с неспокойными межличностными отношениями, ярко выраженными эмоциональными состояниями и чувством одиночества; 3) «как будто»-группа, легко поддающаяся влиянию других и испытывающая недостаток устойчивой идентичности; 4) группа, несильно затронутая синдромом, с неуверенностью в себе, граничащая с невротическим краем спектра[9].

И все же даже после всех этих новаторских исследований диагноз «пограничная личность» среди практикующих клиницистов считался чем-то совершенно неоднозначным. Многим он казался своеобразной мусорной корзиной, куда «скидывались» все пациенты, которых было трудно понять, которые сопротивлялись терапии или просто не шли на поправку; ситуация оставалась неизменной до 1970-х годов.

По мере того как пограничное состояние получало все более точные определения, отделяясь от других синдромов, начали предприниматься попытки изменить двусмысленное название диагноза. В какой-то момент в ходе разработки DSM-III рассматривался вариант «нестабильной личности». Тем не менее пограничная патология характера относительно устойчива и неизменна (по крайней мере на протяжении довольно долгого периода), даже несмотря на свою хаотичность, — она предсказуемо стабильна в своей нестабильности. Никаких других названий на замену по существу предложено не было.

В 1960-х и 1970-х годах попытки сформулировать последовательный набор критериев для определения пограничного синдрома привели к формированию двух крупных школ. Как и некоторые другие дисциплины в рамках естественных и общественных наук, психиатрия идеологически раскололась на два основных лагеря: один ориентировался скорее на концепции, а второй — на описываемое наблюдаемое

поведение, которое можно было легко перепроверить и изучить в лабораторных условиях.

Эмпирическая школа, во главе которой встал ученый из Гарварда Джон Гандерсон и которая привлекла многих исследователей, выработала структурированное, в большей степени поведенческое определение, основанное на наблюдаемых критериях и поэтому более доступное для исследования и изучения. Это определение стало общепринятым и в 1980 году было включено в DSM-III, перейдя затем в DSM-IV (см. главу 2).

Вторую школу, ориентированную на концепции, возглавлял Отто Кернберг из Корнеллского университета. К ней примкнули многие психоаналитики; она предлагала более психоструктурный подход, описывавший синдром на основе интрапсихического функционирования и защитных механизмов, а не очевидного поведения.

«Пограничная организация личности» (ПОЛ) Кернберга

В 1967 году Отто Кернберг представил свою концепцию Пограничной организации личности (ПОЛ) — более широкую, чем определение ПРЛ по DSM-IV. Кернберг помещает ПОЛ между невротической и психотической организацией личности[10, 11]. По определению Кернберга, пациент с ПОЛ более здоров, чем психотик, чьи представления о реальности сильно искажены, что не позволяет ему нормально функционировать. С другой стороны, пограничная личность более больна, чем пациент с невротической организацией личности, испытывающий непереносимую тревогу вследствие эмоциональных конфликтов. У невротиков восприятие идентичности и система защитных механизмов обычно более адаптивны, чем у пограничных пациентов.

ПОЛ охватывает и другие заболевания Оси II — характерологические расстройства, такие как параноидное, шизоидное,

антисоциальное, истерическое и нарциссическое расстройства личности. Кроме того, она включает в себя обсессивно-компульсивное и хроническое тревожное расстройства, ипохондрию, фобии, сексуальные расстройства и диссоциативные реакции (такие, как диссоциативное расстройство личности, также известное как расстройство множественной личности). В системе Кернберга пациенты, которым сегодня ставят диагноз ПРЛ, составляли бы только 10–25% тех, кто подпадает под классификацию ПОЛ. Пациент с диагнозом ПРЛ считается менее функциональным, более нездоровым на фоне общего диагноза ПОЛ.

Хотя система Кернберга не была официально принята Американской психиатрической ассоциацией, его работа продолжает выступать в роли важной теоретической модели как для клиницистов, так и для исследователей. В целом схема Кернберга делает упор на подразумеваемых внутренних механизмах, описанных далее.

Изменчивое ощущение реальности

Как и невротики, люди с ПРЛ бóльшую часть времени сохраняют связь с реальностью; тем не менее при стрессах пограничная личность может кратковременно регрессировать до психотического состояния. 29-летняя Марджори обратилась за терапией из-за нарастающей депрессии и неурядиц в семейной жизни. Будучи умной привлекательной женщиной, Марджори спокойно на все реагировала на протяжении первых восьми сеансов. Она охотно согласилась на совместное интервью с ее мужем, но во время сеанса стала нехарактерно шумной и воинственной. Утратив свою маску самоконтроля, она начала поносить мужа за якобы совершенные им измены. Она обвиняла терапевта в том, что он принимает сторону ее мужа («Вы, мужчины, всегда держитесь вместе!»), а оба они якобы сговорились против нее. Внезапная трансформация из расслабленной женщины в легкой депрессии в яростного параноика довольно характерна для присущего пограничным личностям свойства быстро менять границы реальности.

Неспецифические слабости в функционировании

Пограничным личностям очень трудно справляться с фрустрацией и тревожностью. В рамках системы Кернберга импульсивное поведение — попытка ослабить это напряжение. Пограничные личности также прибегают к дефективным инструментам сублимации; это значит, что они не способны направить фрустрацию и дискомфорт в социально адаптированное русло. Хотя люди с ПРЛ могут демонстрировать исключительное сочувствие, теплоту и чувство вины, эти проявления часто представляют собой чисто механические манипулятивные жесты, призванные создать видимость чувства, а не выразить истинную эмоцию. И действительно, пограничная личность может действовать так, словно она совершенно забыла о драме, разразившейся всего минуту назад, прямо как ребенок, который внезапно завершает истерику улыбками и смехом.

Примитивное мышление

Люди с ПРЛ могут хорошо себя проявлять в структурированной рабочей или профессиональной среде, но под блестящей поверхностью обычно кроются серьезные сомнения в себе, подозрения и страхи. Внутренний мыслительный процесс пограничной личности может быть на удивление безыскусным и простым, маскируясь за устойчивым фасадом из заученных и отрепетированных банальностей. Любые обстоятельства, которые пробивают защитную структуру пограничной личности, могут выпустить на свободу поток хаотических эмоций. Пример Марджори (см. выше) прекрасно иллюстрирует эту мысль.

Проекционные психологические тесты также обнаруживают примитивный мыслительный процесс людей с ПРЛ. Эти тесты — такие, как тест Роршаха и Тематический апперцептивный тест (ТАТ) — провоцируют ассоциации на неоднозначные стимулы, такие как чернильные пятна или картинки, вокруг которых пациент выстраивает историю. Пограничные реакции обычно напоминают реакции шизофреников или других психотических пациентов. В то время как невротические пациенты чаще всего дают связные, организованные ответы, пациенты

с ПРЛ нередко описывают причудливые, примитивные образы — они могут видеть злых зверей, пожирающих друг друга, там, где невротики видят бабочку.

Примитивные защитные механизмы

Адаптивный механизм расщепления (см. главу 2) способствует тому, что пограничная личность воспринимает мир в категориях крайностей — то есть люди и объекты могут быть либо хорошими, либо плохими, либо друзьями, либо врагами, либо любимыми, либо ненавистными, поскольку неоднозначность и неуверенность вызывают у пациента тревогу.

В схеме Кернберга расщепление часто приводит к «магическому мышлению»: суеверия, фобии, мании и одержимости часто применяются как талисманы, чтобы отогнать бессознательные страхи. Расщепление также приводит к появлению производных защитных механизмов:

- Примитивная идеализация — настойчивое отнесение человека или объекта в категорию «абсолютно положительных», чтобы избежать тревожности, связанной с признанием его недостатков.
- Обесценивание — неумолимо негативное восприятие человека или объекта; противоположность идеализации. Применяя этот механизм, пограничная личность избегает вины за свою ярость — ведь «абсолютно плохой» человек ее заслуживает.
- Всевластие — ощущение неограниченной власти, при котором человек чувствует себя неуязвимым перед неудачей и иногда даже смертью. (Всевластие также часто встречается при нарциссическом расстройстве.)
- Проецирование — отречение от черт, не приемлемых для себя, и приписывание их другим.
- Проективная идентификация — более сложная форма проецирования, при которой проецирующий человек продолжает манипулятивную связь с тем, кто является объектом

проецирования. Другой человек «носит» эти неприемлемые характеристики проецирующего, который стремится закрепить их постоянное проявление.

Например, Марк, молодой женатый мужчина с диагнозом ПРЛ, считает собственные садистические и злые порывы неприемлемыми и проецирует их на свою жену, Салли. Из-за этого Салли кажется Марку (в его черно-белом ви́дении) «на редкость злобной женщиной». Все ее действия интерпретируются им как садизм. Он подсознательно «давит на больное», чтобы спровоцировать гневную реакцию, таким образом подтверждая свои проекции. Таким образом Марк боится своего представления о Салли и одновременно контролирует его.

Патологическое самовосприятие

«Диффузия идентичности» описывает отсутствие у пограничной личности устойчивого представления о себе, «отсутствие объектной константности» — стабильного представления о других. Так же как самооценка пограничного человека зависит от текущих обстоятельств, отношение к другому человеку основывается на самом последнем опыте, а не на более устойчивом и стабильном представлении, опирающемся на последовательную серию взаимосвязанных встреч.

Зачастую пограничная личность не может сохранять воспоминание о человеке или объекте, отсутствующем здесь и сейчас. Как ребенок, который привязывается к переходному объекту, представляющему для него успокаивающую материнскую фигуру (как привязанность Линуса к его одеяльцу в комиксах «Peanuts»), человек с ПРЛ использует предметы, такие как фотографии или одежда, чтобы симулировать присутствие другого человека. Например, когда пограничная личность находится вдали от дома даже непродолжительное время, она обычно берет с собой много личных вещей как успокаивающие напоминания о знакомой обстановке. Плюшевые медвежата и другие мягкие игрушки сопровождают ее в кровати, а фотографии семьи заботливо расставляются по всей комнате. Если мужчина с ПРЛ остается дома, пока его жена уезжает, он часто

тоскливо смотрит на ее фотографию и ее шкаф, нюхает ее подушку, стремясь обрести знакомый комфорт.

Для многих людей с ПРЛ трюизм «с глаз долой — из сердца вон» оказывается мучительно реальным. Когда они в разлуке с любимыми, их охватывает паника, потому что расставание кажется постоянным. Из-за того что их память не может адекватно сохранять образ, пограничные личности забывают, как выглядит объект их заботы, как он звучит, как он ощущается. Пытаясь избежать этого панического ощущения покинутости, пограничные люди отчаянно цепляются за других: звонят, пишут, прибегают к любому способу поддержания контакта.

Джерольд Крейсман, Хэл Страус

Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять

Серия «Сам себе психолог»

Перевела с английского *О. Тропашко*

Заведующая редакцией	*Т. Шапошникова*
Ведущий редактор	*Н. Римицан*
Литературный редактор	*О. Нестерова*
Художественный редактор	*С. Маликова*
Корректоры	*Н. Витько, Н. Сулейманова*
Верстка	*Е. Егерева*

Изготовлено в России. Изготовитель: ООО «Питер Пресс».
Место нахождения и фактический адрес: 192102, Россия, город Санкт-Петербург,
улица Андреевская, дом 3, литер А, помещение 7Н. Тел.: +78127037373.
Дата изготовления: 09.2017. Наименование: книжная продукция.
Срок годности: не ограничен.
Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 034-2014,
58.11.1 — Книги печатные.
Подписано в печать 25.08.17. Формат 60х90/16. Бумага офсетная. Усл. п. л. 19,000.
Тираж 3000. Заказ 0000
Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного электронного оригинал-макета
в типографии филиала АО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».
420066, Казань, ул. Декабристов, 2. E-mail: idelpress@mail.ru